

送信日：平成 年 月 日

埼玉草加病院 診療予約申込書

ふりがな 患者様氏名		性別		生年月日		大正・昭和・平成		歳	
様		男・女		年 月 日					
ご住所	〒 -			お電話番号					
				埼玉草加病院受診歴		有・無・不明			
受診希望日	第一希望	月 日()		第二希望	月 日()		時間	AM・PM	
希望される診療科にチェックをお入れ下さい									
<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 腎・透析内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病センター <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 血管外科(バスキュラーアクセスセンター) <input type="checkbox"/> 遺伝性血管性浮腫 専門外来 ※FAX送信時、情報提供書の添付をお願いします									
紹介目的									
紹介元医療機関				・来院予約時間の20～30分前を目安に当院2階:総合受付へお越しください。 ※当院受診歴のある患者様は診察券をお持ちください ・当日は保険証・公費医療証・紹介状・診療予約票、その他検査データ等をお持ち下さい。 ・混雑時や診療上の都合で診察までお待ちいただく場合がございますがご了承ください。 ・紹介目的の内容によっては確認の連絡や情報の取寄せをさせていただく場合がございます。					
医療機関名				医療法人 埼玉会 埼玉草加病院 〒340-0041 埼玉県草加市松原1-7-22 TEL:048-944-6111(代) 地域連携相談室 直通 TEL:048-943-6111 FAX:048-943-6116 受付時間:(月)～(金) 9:00 ～ 17:30 / (土) 9:00 ～ 12:00 ※FAXは24時間受け付けしておりますが、業務終了後は翌業務時間以降にご返信させていただきます。					
診療科									
ご担当医師名									
電話番号									
FAX番号									
連絡ご担当者様									