

# 竹田綜合病院 聴覚障害者専用用紙

\* 電話予約が可能な方のご利用には対応できません。あらかじめご了承ください。

送信先: 竹田綜合病院 予約センター

FAX: 0242-29-5581

## FAX による外来診療予約申込書

氏名: \_\_\_\_\_ 診察カード登録番号: \_\_\_\_\_ ・なし

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 性別: 男 ・ 女

ご住所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ FAX 専用・電話 FAX 兼用・電話のみ

申込区分: 1 新規予約 2 予約変更 3 予約取消し (〇をつけてください)

予約変更の場合 変更前の予約日時: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

第一希望: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

第二希望: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

第三希望: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

現在の症状や相談内容について具体的に記載して下さい

備考: ご不明な点やご希望がございましたらこちらにご記入下さい

\* ご予約の決定日、時間は別紙にて送信いたします。

\* お返事は平日8:30~17:00の間にお送りします。

\* 診療科によりご希望通りに予約が取れない可能性があることをあらかじめご了承ください。

\* 紹介状をお持ちでない新患の方、竹田綜合病院を一年以上受診されていない方は選定療養費として7,700円(税込)を頂いております。山鹿クリニックでは診療所のためかかりません。ご了承ください。