

予 約 申 込 書 (貴院控え)

紹介元医療機関

名 称 _____

診療科名・医 _____

所在地 (〒 _____)

申込担当者 _____

TEL _____ FAX _____

貴院の名称・診療科・ご担当
医・申込担当者名・TEL・
FAXをご記入ください。

〒340-8560 埼玉県草加市草加2-21-1
草加市立病院 地域医療連携相談室 宛
TEL : 048-946-2200 (代表)

◎TEL/FAX受付時間
休診日以外の午前8時30分から午後5時まで
◎休診日

フリガナ _____

患者氏名 _____ 様 男・女

住 所 _____ TEL _____

患者さんの氏名・性別・生年月日・住
所・連絡先をご記入ください。
連絡先はなるべく日中に連絡がとれ
る電話番号をご記入ください。

予約希望日 ※希望のある場合のみ記入

希望日 (第1希望) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

有・無 (第2希望) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

(第3希望) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

草加市立病院受診歴 (有・無・不明) ※(有)の場合 市立病院 _____

FAXにて予約を申込をする際に予約
希望の有無をご記入ください。医師
の指名があればご記入ください。

予 約 日 時 年 月 日 () 時 分

希望診療科 ※該当項目に○印をつけてください。

・総合内科 ・神経内科 ・膠原病内科 ・乳腺外科

・消化器内科 ・外科 ・小児科 ・耳鼻咽喉科

・眼科 _____ 科

・血液内科 _____ 代謝内科

検 査

☆放射線科 (CT / MRI / RI / リニアック / その他) ☆検査科 (エコー / 脳波 / その他)

専 門 外 来 ☆肺がん検診 (CT) ☆糖尿病腎症連携

希望診療科・検査・専門外来
に○を記入してください。

貴院が電話予約をされた際は予約後、
お伝えした日にちをご記入ください。

予約専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。

受付時間 平日(月)～(金) 8:30～17:00
第1・3土曜日 8:30～12:00
・変更やキャンセルも予約専用ダイヤルまでご連絡ください。



ご注意
・以下の診療科は患者さんからの予約は取れません。紹介元医療機関からFAX予約をお願いします。
・血液内科 ・腎臓内科 ・内分泌代謝内科 ・緩和ケア科 ・放射線科 ・検査科 ・専門外来

FAX予約ダイヤル **048-946-2501** へ送信してください。