**千葉大学医学部附属病院　外来診療予約変更・予約取消し様式**

外来診療の予約日の変更をご希望の場合は、本様式をご記入の上、ＦＡＸにてお送り下さい。

**※予約の変更日時は当院で調整いたしますのでご了承ください。**

**●送信先（※誤送信にご注意ください※）**

**【ＦＡＸ番号】　０４３－２２６－２２６８**

|  |
| --- |
| ①　基本情報 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令・西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| お名前 |  |
| お電話番号 |  | 診察券番号 |  |
| ②-１　現在の予約状況（第１診療科） |
| 受診診療科名 |  | 担当医名 |  |
| 現在の予約日時 | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| ②-２　現在の予約状況（第２診療科/複数診療科の受診予定がある場合のみご記入下さい） |
| 受診診療科名 |  | 担当医名 |  |
| 現在の予約日時 | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| ③　ご希望のお手続き |
| * 予約日時を変更したい　（→④へ）
* 予約変更は行わず、現在の予約を取消したい　（→⑥へ）
 |
| ④　処方されているお薬について |
| * 予約変更した場合でも薬は足りる。または処方されていない　（→⑤へ）
* 足りなくなる　**→予約変更はせず現在の予約日にご来院ください。**
 |
| ⑤　直近３か月の内、特にご都合の悪い日（来院できない日）をご記入ください。 |
| 都合の悪い日（例:5/22）：　　/　　、　　/　　、　　/　　、　　/　　、　　/ |
| ⑥（該当者のみ）診察以外に以下の予約がある場合、予約日時をご記入ください。 |
| 採血 | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| レントゲン | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| ＣＴ | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| ＭＲＩ | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| その他 | 　　　　年　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑦　その他、ご不明点があればご記入ください。 |
| **～ご記入ありがとうございました～** |

**※恐れ入りますが、変更日の確認はＦＡＸ送信の１０営業日以降の１４時から１６時の間に、**

**診療科宛にお電話ください。**

＜病院記入欄＞　□診察日時　　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分/　□対応不可

□検査日時（　　　　　　　　　　 ）検査　　　　月　　　　日（　　　）　　　　時　　　　分

□その他：