

痛みセンター新患申込書 (FAX送信状)

FAX送信先 整形外科外来

直通 043-226-2651

記載日 年 月 日

紹介先医療機関 千葉大学医学部附属病院 〒260-8677 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1 TEL 043-222-7171(代表)		紹介医療機関 所在地 名称 TEL FAX 担当科 医師名	
整形外科 <u>痛みセンター</u> 先生 第1希望 月 日 (木) 9:00 第2希望 月 日 (木) 9:00 第3希望 月 日 (木) 9:00		千葉大学病院受診歴 有 (年 月頃) ・ 無 生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)	
※該当の場合は□に✓をお願いします □入院中 □ストレッチャーで来院 フリガナ 患者氏名 殿 (男・女)		TEL 携帯	
病名・紹介目的 (必ずご記入下さい)			

- ・この用紙は予約日時を決定するためのものです。必要事項をご記入の上、FAX送信をお願いします。
- ・予約希望日は第3希望日まで記入をお願いします。
- ・予約希望日の記入がない場合は一番早い日程で予約をお取りします。
- ・FAX受付時間は 平日 9:00~16:00 となります。
 ※受付時間外の申込分は翌診療日の返信になりますので、ご了承下さい。
- ・紹介状は「痛みセンター診療予約申込書 (FAX送信用)」と一緒にFAXいただきますようお願い致します。
- ・申し込み当日のご予約はお受けしておりません。
- ・緊急受診や入院要請は代表電話 (043-222-7171) から整形外科医師に直接ご連絡をお願い致します。
- ・休診日：土曜日、日曜日、祝日、年末年始 (12/29~1/3) ※その他の休診日についてはホームページでご確認ください。

※当院職員記入欄

決定日時	年 月 日 9:00
------	------------

- ・予約日当日は、紹介状原本・画像データ等お持ち頂き、総合案内にご提出下さい。
- ・受付に時間がかかる為、1時間程前に来院をお願いしております。

※何かご不明の点がございましたら、平日14:00~16:00の間に代表 (043-222-7171) へご連絡お願い致します。