診　療　申　込　書

　年　　　月　　　日

FAX　０３－３６３８－２２０５　　TEL　０３－３６３８－２３０１

住所：東京都江戸川区三丁目２５番３号

医療法人社団東京ハートサミット　東京心臓不整脈病院

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 医師氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※指定医がいる場合はご記入ください。  医師名： | 受診希望日  〇　第一希望　　　月　　日　　曜日【時間　　　　　】  〇　第二希望　　　月　　日　　曜日【時間　　　　　】  〇　いつでも可能 |
| 紹介目的　※簡単で結構ですので必ずご記入お願いします。 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  患者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　(　　　歳） |
| 性　　別 | 男　　性　　・　　女　　性 |
| 住　　所 | (　　-　　) | | |
| 電　　話 | －　　　　－ | 緊急連絡先 | －　　　　－ |
| 勤 務 先 |  | | |

・対応日に関して、平日：９：００　～　１７：００

土曜：９：００　～　１２：００　※日曜・祝日の受付分は翌営業日の対応となります。

・予約が完了しましたら、予約票を FAX いたします。（原則：当日中）

・予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。その際にはお電話でご連絡をさせていただきます。

・当日の緊急依頼や転院につきましては、直接お電話をお願いします。TEL 03-3638-2301（代表）