

# 新患予約 申込書

患者 情報	受診歴	当院を受診したことがありますか？ あり (診察券番号 ) なし			
	ふりがな 氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生	歳	
	住所	〒	自宅電話番号 ( ) — F A X 番号 ( ) — 携帯電話番号 ( ) —		
現在の症状					
希望診療科		受診希望日	第1希望日		
			第2希望日		
※ 医療機関より申込みの場合は、医療機関名のご記入をお願い致します。					
医療機関名：		電話番号：	FAX番号：	送信者：	
受診日が決定しましたらFAX致します。 (申込書FAX送信後、翌日16:00(土・日・祝除く)迄に返信が無い場合は、ご一報下さい。)					

【当院記入欄】

受診決定日	令和 年 月 日 時 分
注意事項など	

受診当日は、この用紙と保険証を持って外来受付へお越し下さい。

812-0033 福岡市博多区大博町1-8

医療法人 原三信病院 予約センター (土・日・祝 休み)

直通電話 092-291-3152

FAX番号 092-291-3397