

# 診察申込書

府中病院 地域医療連携室

TEL : 0725-40-2147  
FAX : 0725-40-2148

|     |  |       |  |
|-----|--|-------|--|
| 施設名 |  | 電話番号  |  |
| 医師名 |  | FAX番号 |  |

|      |     |     |            |            |  |
|------|-----|-----|------------|------------|--|
| フリガナ |     | 性別  | 生年月日       |            |  |
| 氏名   |     | 男 女 | 大・昭<br>平・令 | 年 月 日 ( 歳) |  |
| 住 所  | 〒 - |     | 電話番号       |            |  |
|      |     |     |            |            |  |

|     |  |       |  |
|-----|--|-------|--|
| 診療科 |  | 希望医師名 |  |
|-----|--|-------|--|

※診療科によっては医師の確認が必要な場合がございます。

|      |         |
|------|---------|
| 受診目的 | (病名・症状) |
|------|---------|

＜備考＞ ご希望日やご都合の悪い日がありましたらご記入ください。

お申し込みは府中病院 地域医療連携室までFAX（0725-40-2148）をお願いいたします。  
【受付時間】（月～土）9：00～17：00 ※祝日除く