

患者さん→ふじもと緩和ケアクリニック 初診予約申込書 ①～③いずれかの方法でお送りください

①E-mail添付：yoyaku@kayou-kanwa.jp

②FAX：04-2941-5296

③郵送：〒359-0042 所沢市並木3-1 所沢パークタウン駅前通り団地2-110

重要な個人情報を含みますので、送り先間違いには十分ご注意ください

患者さん氏名	フリガナ		
	漢字	姓	名
生年月日	大正・昭和・平成・西暦		年 月 日
年齢・性別	() 歳 男・女		
本人住所	〒 - () 都・道・府・県		
	市区町村・番地		
	建物名・部屋番号		
本人電話番号			
予約申込者	<input type="checkbox"/> 本人		
	<input type="checkbox"/> その他 (氏名： 続柄：)		
診療希望日 <small>診療時間はあらかじめホームページをご参照ください</small>	第1希望：	月 日	時～ 時頃
	第2希望：	月 日	時～ 時頃
	第3希望：	月 日	時～ 時頃
当院からの連絡先 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者	①携帯電話番号：		
	②固定電話番号：		
	③E-mailアドレス：		
連絡手段優先順	第1 ()、第2 ()、第3 () ←①②③を記入		
病名			
診断病院	() 病院 () 科		
本人来院	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし* <input type="checkbox"/> 体調による* *本人来院が無い場合自費診療となります		
診療希望内容	<input type="checkbox"/> 症状の緩和 (具体的な症状：)		
	<input type="checkbox"/> 過ごし方の相談 (入院療養や在宅医療の選択肢など)		
	<input type="checkbox"/> 緩和ケアとは何ができるのか聞きたい		
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的内容：)		

受診申込にあたり下記をご確認いただけましたら、各項目にチェックをお願いします

- 当院着信後、休診日 (火・土・日・祝) を含まず翌診療日にご返信いたします
通信トラブルの可能性もありますのでなかなか返信が届かない場合は
04-2941-5295までお電話ください
(留守番電話になる場合は返事が無い旨メッセージを残してください)
- 予約のご希望通りに時間が確保できない場合は改めてご相談となります
- 予約確定時に健康保険証情報を確認しますので手元にご準備ください
- ご本人が来院できない場合は自費診療での費用がかかります