

医師面談申込書

医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院 宛

次のとおり、医師面談を申し込みます。(15分毎：5,500円(税込)) ※FAX 送付先 03-5699-8004

| | | | |
|------|----------------------|-------------------|-----|
| 申込者 | 御社名 | | |
| | 住所 | (〒 -) | |
| | 面談申込者氏名 | | |
| | 連絡先 電話 | | |
| | 連絡先 FAX | | |
| 申込先 | 面談希望診療科 | 診療科： | |
| | 及び医師名 | 医師名：医師名を選択してください。 | |
| 患者情報 | フリガナ | | |
| | 氏名 | (姓) | (名) |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 希望日時 | 第一希望 | 月 日() 希望時間帯： | |
| | 第二希望 | 月 日() 希望時間帯： | |
| | 第三希望 | 月 日() 希望時間帯： | |
| 面談事項 | 面談事項 (詳細に記載願います。) | | |

※面談が決定した場合、患者の情報提供にかかわる同意書を当日必ず持参願います

面談申込回答

上記申込について、下記の通り回答いたします。

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| 上記申込について、(<u>A：面談可能</u> ・ <u>B：面談不可(文書照会)</u> ・ <u>C：対応不可</u>) | | | |
| Aの場合、面談可能な日時は以下の通りです。 | | | |
| 面談可能日時 | 年 | 月 | 日 () 午前・午後 時 分 |
| ※回答がBの場合、委任状持参の上ご来院願います(郵便対応不可) | | | |

面談実施時間

| | |
|------------|--|
| 年 月 日 時 分～ | |
| 年 月 日 時 分 | |
| 事務担当 | |

記入例

医師面談申込書

医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院 宛

次のとおり、医師面談を申し込みます。(15分毎：5,500円(税込)) ※FAX送付先 03-5699-8004

| | | | |
|------|----------------------|------------------------------|--------|
| 申込者 | 御社名 | 株式会社 ○○ | |
| | 住所 | (〒125-0041) 東京都葛飾区 1-35-8 | |
| | 面談申込者氏名 | 嬉泉 太郎 | |
| | 連絡先 電話 | 03-3600-9001 | |
| | 連絡先 FAX | 03-5699-8004 | |
| 申込先 | 面談希望診療科 | 診療科： | |
| | 及び医師名 | 医師名：医師名を選択してください。 | |
| 患者情報 | フリガナ | キセン | ジロウ |
| | 氏名 | (姓) 嬉泉 | (名) 次郎 |
| | 生年月日 | 昭和 48 年 2 月 11 日生 | |
| 希望日時 | 第一希望 | 4 月 11 日(火) 希望時間帯：10時～12時 | |
| | 第二希望 | 4 月 12 日(水) 希望時間帯：終日可 | |
| | 第三希望 | 4 月 13 日(木) 希望時間帯：13時～16時 | |
| 面談事項 | 面談事項 (詳細に記載願います。) | 詳細をご記入ください。 | |

診療科、医師名を選択肢より
選択をお願い致します。
医師名についてはフリーワ
ードでの入力も可能です。

※面談が決定した場合、患者の情報提供にかかわる同意書を当日必ず持参願います

面談申込回答

上記申込について、下記の通り回答いたします。

上記申込について、(A：面談可能 ・ B：面談不可(文書照会) ・ C：対応不可)

Aの場合、面談可能な日時は以下の通りです。

面談可能日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

※回答がBの場合、委任状持参の上ご来院願います(郵便対応不可)

面談実施時間

| | | | | |
|---|---|---|---|----|
| 年 | 月 | 日 | 時 | 分～ |
| 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |

事務担当