年  月  日

**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 | 面談希望診療科及び医師名 | 診療科：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、（ 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 |

    年  月  日

**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**)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。**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 | 面談希望診療科及び医師名 | 診療科：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。** |

**※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 |