

送 信 先 : 昭和大学横浜市北部病院 予約センター 行
 送信 F A X 番号 : 045-949-7137

外来診療予約変更・キャンセル F A X 送信状

* 以下の太枠内にご記入お願いいたします。

内 容	外来予約の 変更 キャンセル (いずれかを○で囲んでください) 理由をお書きください()											
診察券の登録番号			-								-	
患者様氏名	フリガナ							生年月日				
	様							明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日	
連絡先電話番号	-					-						
F A X 番号	-					-						
記載者氏名					様	患者様との関係		本人・()				
予 約 日 時	月		日		(曜日)		午前・午後		時			
予 約 診 療 科	科・センター				担当医		医師					
予約日に検査がありますか?	ない ・ ある (いずれかを○で囲んでください) ↳ 検査をお書き下さい											
処方されているお薬	足りる ・ 足りない → お薬が足りない場合予約日の変更は致しかねます											

* 予約の変更を希望される方は、以下の第1～3希望をご記入ください。

第1希望	月	日	(曜日)		午前・午後	時
第2希望	月	日	(曜日)		午前・午後	時
第3希望	月	日	(曜日)		午前・午後	時

ご予約の変更、中止についてのご注意事項

- ・平日(月～金)の17時までに受付したFAXに関しましては、当日中にFAXもしくは電話にてご回答いたします。
- ・土・日曜日・祝祭日・創立記念日・年末年始に受付したものにしましては、休み明けのご回答となります。
- ・各種トラブル(通信上、機器の故障等)により、受付時間を超過してFAXを受信した場合は、変更が間に合わない場合がございます。
- ・変更の場合、診察に伴う当日の検査(血液・尿・レントゲン・超音波・心電図・脳波等)については、診察日に併せて病院において変更いたします。また検査によっては変更できない場合がございます。予めご了承願います。
- ・予約日を過ぎた検査の変更は、内容によって再度ご受診いただく場合がございます。

備 考

外来診療予約変更・キャンセル返信欄(事務記載欄)こちらには記入なさらなくてください

下記の通り、ご予約の調整をいたしました。

処理日時	年	月	日
		時	分
受付担当者			