

診察予約依頼用紙

申込日 年 月 日

ご紹介元医療機関

名称

住所 〒

診療科、医師名

FAX番号

電話番号

患者様情報

ふりがな

性別 男 ・ 女

氏名

年齢

歳

年

月

日生

住所 〒

自宅電話番号

-

-

携帯電話番号

-

-

希望日

① 月 日 () 時 分

② 月 日 () 時 分

※診療情報提供書を一緒にFAXお願い致します。(下記以外の診療科についてはお問い合わせ下さい)

1. 希望診療科	☐ 整形外科 (☐ 脊椎専門 ☐ 人工関節専門 ☐ 肩専門 ☐ 手専門)
	☐ 内科 (☐ 消化器内科 ☐ 糖尿病代謝内科)
	☐ 眼科 ☐ 骨粗鬆症外来
2. 希望医師	☐ なし ☐ あり 希望医師 先生
3. 主訴・傷病名	
4. 画像データ(持参)	☐ なし ☐ あり (XP ・ CT ・ MRI ・ その他)
5. 備考	

受付時間 平日9:00~17:00 土曜日9:00~12:00

(日、祝は休み) FAXは24時間稼働

※受付時間を過ぎて受信したFAXは、後日順番に処理させていただきます。

医療法人尚和会 宝塚第一病院 **FAX 0797-87-9606** TEL 0797-85-2702 (直通)

当院使用欄

I D :

事務部担当 :

外来担当 :