

診療予約申込書

平成 年 月 日

岸和田盈進会病院 地域医療連携室 行

【TEL】 072 - 443 - 0081

医療機関名：

【FAX】 072 - 444-3504

医 師 名：

T E L：

F A X：

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名		電話番号	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
患者住所	〒 (-)		
当院受診歴	有り ・ 無し	診察券番号	

【紹介元】 外来 入院中

【診察希望科】

【診察希望医師】

(診察を希望する医師があれば名前をご記入下さい)

【診察希望日】

【備考】

診療申込書と診療情報提供書をFAXしてください。折返し予約票をFAX致しますので患者様にお渡してください。
連絡が無い場合は地域医療連携室までお電話お願い致します。
診療申込の受付時間は、(月)～(金)9時から17時まで、(土)9時から12時までになります。