

# 友紘会総合病院 診療予約申込書

友紘会総合病院 地域医療連携室 行 FAX 072-641-4873

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地

診療科・医師名 科

T E L

F A X

希望する診療科について、○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	一般内科	<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	消化器内科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	不整脈外来
<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	婦人科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	ペインクリニック	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科

希望医師名 医師 ・ 医師指定なし

受診希望日 ① 年 月 日 ② 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	明・大・昭・平・令	日 ( 歳)
氏名		男・女		年 月	
住所	(〒 )		電話番号		
傷病名					
紹介目的	※ご記入いただくか診療情報提供書の添付をお願い致します。				
	(友紘会総合病院受診歴 有 ・ 無 )				

※ 本書と診療情報提供書と地域医療連携室へFAXをお願いします。

予約受付時間(平日9時~17時 土曜9時~12時)以外にお申込みいただいた場合、翌診療日の返信となります。

返信にお時間を要する場合には、当院よりご連絡をいたします。

ご質問等ございましたら、地域医療連携室までお問い合わせください。

友紘会総合病院 地域医療連携室

代表番号 072-641-2488 地域医療連携室直通 072-641-4872