

診療予約申込書 兼 予約通知書

年 月 日

友誼会総合病院 地域医療連携室 宛
(FAX 072-641-4873)

医療機関名

紹介医師名

T E L

F A X

ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名		男・女		
連絡先				
受診日時	令和 年 月 日 () 時 分			

時間外の場合は、受診日時の欄は空欄のまま、送信してください。こちらで、患者様とご調整させていただきます。

希望する診療科について、○をつけてください。

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

希望医師名 医師 ・ 医師指定なし

傷病名

紹介目的（診療情報提供書を添付いただける場合は、記載不要です）

※ 本書と診療情報提供書を地域医療連携室へFAXをお願いします。

予約受付時間（平日9時～17時15分 土曜9時～13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。

友誼会総合病院 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