



事前予約FAX用紙

年 月 日

科

先生

紹介元医療機関

名称

住所

診療科

医師氏名

TEL

印

FAX

フリガナ		旧姓	性別	生年月日	年齢
患者氏名			☐ 男 ☐ 女	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	歳
〒住所	電話番号				
当院受診歴	☐ 有 カルテNo. () ☐ 無 ☐ 不明				

傷病名	
-----	--

①受診希望日時	年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後	時頃
②受診希望日時	年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後	時頃
その他		

【地域連携 受付時間】 平日／8：30～18：30 休診日／土・日・祝日、年末年始（12/30～1/3）
時間外及び休診日に頂いたFAX予約につきましては、翌診療日のお返事になります。

【直通TEL】086-422-2116 【直通FAX】086-422-2168

時間外、及び休診日で救急受診の場合は、救急医療センターで対応いたします。
代表TEL：086-422-2111から救急医療センターへお申し付けください。