

事前予約FAX用紙



年 月 日

科 先生

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名 印 TEL FAX

フリガナ		性別	生年月日
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・無・不明 (カルテNo.)

主訴及び傷病名

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			

地域連携室/受付時間

- ◆ 受付時間……平日：午前 8 時30分～午後 6 時30分
 - ◆ 休 診 日……土曜日・日曜日・祝日 年未年始 (12/30～1/3)
- ※ 時間外、休診日に予約のファクシミリをいただいた場合、お返事は翌開業日になります。

◎ 地域連携室…直通TEL:086-422-2116 FAX:086-422-2168

時間外、休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。
連絡先……代表TEL:086-422-2111から救急医療センターを指示ください。