

医療法人 良秀会 高石藤井病院 診察予約申込書

送信先:地域医療課 FAX 072-262-5339 (直通) :送信者 ()

予約申込日 年 月 日

フリガナ 患者氏名		男・女	医療機関名称
生年 月日	M・T S・H	年 月 日生	医師名
住所	〒		電話番号
電話			FAX番号

※当院受診歴(無 有 ID) ※外来患者 入院患者

希望日時	第1希望日	第2希望日
------	-------	-------

○ 診療申込記入欄

診療科名		希望医師名
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他	
病名・症状	※診療情報提供書のFAXもお願いいたします。	

(来院方法 自己来院(独歩) 車イス ストレッチャー 救急車)

<予約方法>

- ①お電話、FAXにてご連絡ください。
 - ②当院から予約日時のご連絡をさせていただきます。
 - ③予約日時が決まりましたら、当院より診察予約表をFAXさせていただきます。
- (注意) ・日時や医師のご希望に添えない場合がございます。
 ・地域医療課 受付時間外のFAXのお申し込につきましては、翌日の対応となります。
 ・お急ぎの場合は、地域医療課までご連絡のうえ、お申し込みの程お願いいたします。

地域医療課へのお問い合わせ

TEL 072-262-5335(代表)

FAX 072-262-5339(直通)

受付時間 平日 8:30~16:00

土曜日 8:30~16:00