

外来診療予約申込書

西宮回生病院 地域連携室 宛

申込日 年 月 日

TEL 0798-33-0601 FAX 0798-26-5567

希望診療科 科 希望医師名 先生

希望受診日 ① 20 年 月 日() ② 20 年 月 日()

③ 20 年 月 日()

医療機関名 御紹介医 先生

T E L F A X

【症状】

--

フリガナ		性別
患者氏名		男 女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
患者住所		
電話番号		
当院受診歴	有 無 不明	

※当日受診の場合は、診療情報提供書を添えてFAXねがいます
また、当日受診以外の場合でも受診希望日までに診療情報提供書をFAXねがいます