済生会和歌山病院 診療予約申込書

令和

月

日

			紹介元 医療機関名					
			医師名					
			TEL	TEL				
			FAX					
フリガナ					大·	昭・平・台	ì	
患者氏名				男・女	年	月	日	
電話番号		自宅: 携帯:						
	糖尿病代謝内科		循環器内科 呼吸器内科		リウ	リウマチ・膠原病科		
希望 診療科	消化器内科		神経外科 外科	血管外科		呼吸器外科		
	整形外科		鼻咽喉科 眼	4 皮膚科 泌尿器科				
傷病名 または 症状								
医師名				医師 □		希望医師なし		
診察希望 日時	1	月	日					
	2	月	日		診	診察日希望なし		
	3	月	В					
受診歴	患者 ID番号		□ ある		ない	□ 不明		

※希望診療医師および希望日時については、ご希望にそえない場合がございますのであらかじめご了承ください

済生会和歌山病院 地域医療連携室

TEL: 073-424-5186

FAX: 073-424-5187