

济生会和歌山病院

診療予約申込書

令和 年 月 日

紹介元 医療機関名	
医師名	
TEL	
FAX	

フリガナ		男・女	大・昭・平・令		
患者氏名			年	月	日
電話番号	自宅:	携帯:			
希望 診療科	糖尿病代謝内科 循環器内科 呼吸器内科 リウマチ・膠原病科 消化器内科 脳神経外科 外科 血管外科 整形外科 耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 泌尿器科				
傷病名 または 症状					
希望 医師名	医師		<input type="checkbox"/> 希望医師なし		
診察希望 日時	①	月	日	<input type="checkbox"/> 診察日希望なし	
	②	月	日		
	③	月	日		
受診歴	患者 ID番号	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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

济生会和歌山病院 地域医療連携室

TEL:073-424-5186

FAX:073-424-5187