

(ファックス用)

申込日 令和 年 月 日

診療予約申込依頼書

くしもと町立病院
地域医療連携室 宛

ご紹介いただきます患者様についてご記入ください。	
ふりがな：	
ご氏名： _____	性別： 男 ・ 女
生年月日： M・T・S・H _____年____月____日生	年齢____歳
ご住所： (〒 _____)	
	電話番号 (_____) _____
当院受診歴 (有 ・ 無)	

ご希望の日、ご都合の悪い日などがございましたら備考欄へご記入下さい。
希望医師のご指定は、なるべくご希望に沿うように致しますが、ご紹介内容や医師の都合により、ご希望に沿えない場合がございますのでご了承下さい。

希望受診科	希望医師名	受診日	<input type="checkbox"/> 希望日 (_____)
			<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 (_____)
			※申込当日の予約はおとりできません。
傷病名			
ご紹介目的			
住 所 貴医療機関名 貴 医 師 名 電 話 F A X			

- ・ご紹介目的の病状、症状に関してはなるべく日本語でわかりやすくご記入ください。
- ・予約日が決まり次第、ご連絡させていただきます。
- ・受付日 月～金 9時～17時

くしもと町立病院 地域医療連携室
FAX 0735-62-5588 電話 0735-62-7878