

診療予約申込依頼書(FAX用)

那智勝浦町立温泉病院
地域医療連携室 宛

御紹介いただきます患者様について御記入ください。

ふりがな
ご氏名: _____ 性別: 男 ・ 女

生年月日: T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

ご住所: (〒 _____)
電話番号(_____) _____

当院受診歴(有 ・ 無) _____ 年 _____ 月頃 科受診

御希望の日、御都合の悪い日などがございましたら備考欄へ御記入ください。
希望医師の御指定は、なるべく御希望に沿うように致しますが、御紹介内容や医師の都合により、御希望に沿えない場合がございますので御了承ください。

希望受診科	希望医師名	備考
		何日以内に受診希望されますか(_____ 日以内)
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		

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