

FAX 076-443-6206

年 月 日

診療予約連絡表

ご紹介医療機関	
住所	TEL
医療機関名	
ご紹介主治医様	
ご芳名	診療科

患者様の診療予約を円滑に行うために、お手数ですがこの診療予約表にご記入の上、ご連絡くださいますようお願い申し上げます。

この用紙は紹介状ではございません。別途紹介状のご手配をお願いいたします。

ふりがな		性別
患者様氏名	様	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	(歳)
住 所	〒 -	
T E L		
ご 病 状		

診療希望日	月	日頃
-------	---	----

通 信 欄
