



一般財団法人 **河田病院**

診療予約申込書

FAX:086-252-7111

予約窓口 地域医療連携室
 TEL 086-252-1231 (代)
 受付時間 08:30~16:00
 (日祝日を除く)

※受付時間以降に頂いたFAXは翌日での御返事となります。

医療機関名
医師氏名
TEL
FAX
担当者名

申込日 年 月 日

【患者情報】

フリガナ	男 女	生年月日	明・大・昭・平	
氏名			年 月 日 (才)	
希望日	・なし			
	・第1希望 月 日 () 午前・午後			
	・第2希望 月 日 () 午前・午後			
・第3希望 月 日 () 午前・午後				
※3日先(日祝日を除く)以降				
当院受診歴	有 ・ 無		来院時状況	独歩 杖歩行 車椅子 ストレッチャー

- ・確認のため、保険証のコピーをお送りください。
- ・病状確認のため、できるだけ事前に紹介状をお送りください。

【診療予約】

診察医	医師	紹介目的 (主訴・病名)	
-----	----	-----------------	--

- ※FAXでのご予約は3日先(日祝日を除く)以降でお願いします。
- お急ぎのご予約の場合は、地域医療連携室にお電話でお願いします。
- ※入院のご依頼は、地域医療連携室にお電話でお願いします。