

受診予約依頼書(形成外科)

社会医療法人 栄公会

佐野記念病院

地域連携室 Tel: 072 - 464 - 2111

Fax: 072 - 464 - 7163

<午前診> 受付時間/ 8:00～11:30 診療開始/ 9:00～

<夜診> 受付時間/16:00～18:30 診療開始/16:30～

予約申し込み日 年 月 日

ふりがな 氏名 様(男 ・ 女) 生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日 (才) 〒 住所 電話番号 () - 当院受診歴 有 (ID) ・ 無	医療機関名: 先生 電話 : FAX : ※返信先のFAX番号
--	---

●ご紹介目的

(主訴又は病名)

● 保険情報 【 ☐ 国保、社保 ・ ☐ 労災、公災 ・ ☐ 交通事故 ・ ☐ その他()】

【 ☐ 入院中 ☐ 通院中 】

● 診療情報提供書(紹介状) を添えて本依頼書をFaxでお送り下さい。

・受診希望の枠内に印を付け、希望日をご記入下さい

形成外科	受付	診療開始	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前診	8:00～11:30	9:00～	—	羽多野	宮本 洋	—	宮本 洋	水田
午後診	予約制ですので 事前にご連絡ください		王 (12:30～15:00)	—	宮本 洋 (14:00～14:30)	津本 (13:00～14:30)	—	
夜診	16:00～18:30	16:30～	宮本 洋 王	羽多野		—	宮本 洋 藤川	

受診希望日 ① 月 日(曜日)
 ② 月 日(曜日) ③ 希望無し

* 診療情報提供書を添えて本依頼書をFaxお願い致します。

* 折り返し予約票をFAX致しますので患者様にお渡し下さい。

* お急ぎの場合、予約票が送られてこない場合は 地域連携室までお電話お願い致します。