五條病院

診療予約ＦＡＸ：　0747-25-2860

診療　予約申込書

受付時間：9：00～16：00（土・日・祝日は除く）　　※FAXは常時受信しています

年　　月　　日

医療機関・科名

〒　　－

所在地

医師氏名

電話番号　　－　　－

FAX番号
（返信送付先）　　－　　－

※FAX番号が確認できない場合は、予約票の送信ができないことがあります

担当者名　　部署

希望診療科　　科

希望担当医　　医師

診察希望日	□ いつでも可能 □ ご都合の悪い日　（　　） ※予約可能な最も早い日で予約をお取りします（申込み当日の受診は予約できません）

フリガナ		性別	生　年　月　日
氏 名	様	男・女	年　　月　　日 生（　　歳）
住　所	〒　　－	入院中	□ 有　□ 無
電話番号	自宅　　－　　－	携帯	－　　－

紹介目的		傷病名 （主訴）	

診療経過(この欄には簡単に貴院での診療経過や連絡事項を記載ください)

五條病院　地域医療連携室

予約FAX：0747-25-2860

電話：0747-22-1112（代表）