

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。

受診希望外来の枠内に印をお付け下さい。

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~			宮本 洋		宮本 洋	
午後診	14:00~	-			宮本 洋			/
夜診	16:00~18:30	16:30~	宮本 洋		/		宮本 洋	/

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。