

## 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<br><b>氏名</b> _____ 様( 男 · 女 ) |  | 医療機関名: _____<br>先生                      |
| 生年月日 T · S · H 年 月 日 ( 才 )<br>〒    |  | 電話 : _____<br>FAX : _____<br>※返信先のFAX番号 |
| 住所 _____                           |  |   |
| 電話番号 ( ) - _____                   |  |   |
| 当院受診歴 有 (ID ) - · 無                |  |   |

● 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 | 受付時間        | 診療開始時間 | 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  | 16:00~18:00 | 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。