**紀和クリニック診療予約担当 行　ＦＡＸ　３４-０１２５**

（受付時間平日　午前9時～午後5時）ＴＥＬ　0736-34-1255

診療予約申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　20　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名 |  |
| 診療科 |  | TEL |  |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　先生 | FAX |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診希望診療科 | 科 | 希望担当医 |  |
| 予約　　　　□ 至急　　　□ １週間程度　　　□ ２週間程度　　　□ （　　　　　　　　　） |
| 予約希望日時　第１ | 　　　　　月　　　　日 | その他 |
| 予約希望日時　第2 | 　　　　　月　　　　日 |
| 予約希望日時　第3 | 　　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| 患者様情報 |
| フリガナ |  | 　男　女 | M / T / S / H / R |
| 氏名 |  | 　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 住　所 | 〒　　　　　- |
| 自宅：（　　　　　　）　　　-　　　　　　携帯： |
| 紹介目的（症状・病名等） |

○翌日以降の予約受付となります、予約日時が確定次第、予約票を送信致します。

○ご紹介内容、担当医師の都合にてご希望に沿えない場合は、此方から連絡させて頂きます。

○診療情報提供書は可能な限り添付しFAX送信をお願い致します。

紀和クリニック　医事課（34-1255）