

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)

20221001