

小豆島中央病院 FAX 診療申込書

地域連携室 FAX 0879-75-1198

申込日 平成 年 月 日

小豆島中央病院		医療機関名・住所	
受診希望科	科	〒	
希望医師名	医師	病院・医院 科	
希望来院日	平成 年 月 日	医師名 先生	
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	TEL番号	
医師への連絡	済 ・ 無	FAX番号	

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
患者様住所	〒 電話番号 - -			

紹介目的及び傷病名	※可能でしたら紹介状を添付して下さい。

<医療関係者各位>

FAX受付時間 平日(土日祝、年末年始を除く) 8:30~17:00

受診希望日の前日まで受け付けます。

受付時間外に受診したFAXは翌受付日に予約表を返信します。

<お問い合わせ先>

小豆島中央病院 地域連携室(直通) TEL: 0879-75-1197

FAX: 0879-75-1198