

池井病院初診予約申込書

池井病院地域連携室 行 【FAX：0984-24-0119】

池井病院代表：0570-00-4151

<※ 緊急性が高い場合は直接ご連絡下さい。> FAX 受付：月～金 午前 9：00～午後 4：00
土曜日 午前 9：00～11：30

<紹介元医療機関情報>

名 称		電 話	()
		F A X	()
医 師 名	科	先生	ご担当者名
所 在 地	〒		

<患者情報>

貴 院 へ	<input type="checkbox"/> 通院中（待機中 <input type="checkbox"/> ／帰宅 <input type="checkbox"/> ）		<input type="checkbox"/> 入院中
フリガナ	(旧姓)		性 別
患 者 氏 名			男・女
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 ()才		
住 所	〒		
	TEL () -		
その他連絡先	勤務先／携帯電話等		

<傷病名・紹介目的>

紹介目的	※診療情報提供書・採血データ・お薬情報を必ず添付してください。		
受診希望科			
希望医師	<input type="checkbox"/> 有 医師名： 医師 <input type="checkbox"/> なし		
希望日	<input type="checkbox"/> 第一希望 月 日 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日		

<<注意事項>> FAXを受信後、予約が取れ次第ご連絡いたします。尚、診療状況によってお時間が掛かる場合がございますのでその旨ご連絡差し上げます。(時間外・日曜・祝日は翌診療日の回答となります)