

ご希望の診療科にチェックをお願いします。

総合病院 水島協同病院	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科	先生

※その他診療科については診療表をご確認の上ご受診・ご相談ください。

紹介元医療機関の住所・名称

_____ TEL _____

医師氏名 _____ FAX _____

フリガナ		生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 男・女
住所	〒 _____	TEL _____

＜希望受診日＞		
年	月	日 ()
年	月	日 ()
いつでも可		

* 診療日は当院の外来診療表をご参照下さい。
ご不明な点はお問い合わせ下さい。

※診療情報提供書を一緒にFAXください。

※本申込書と一緒にFAXいただけない場合は「主訴又は傷病名」をご記入ください。また、診療情報提供書は作成でき次第FAXをお願いいたします。

主訴又は傷病名	
---------	--

(お願い)

* FAX受診後、速やかに予約票をFAXにて返信致します。

返信が届かない等の不都合がございましたら、地域連携・患者サポートセンターにご連絡ください。

* 緊急時・入院の必要な時は、代表電話(086-444-3211)へお電話下さい。

＜問い合わせ先＞

総合病院 水島協同病院 地域連携・患者サポートセンター TEL 086-444-3250 (直通)

受付 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30