

水島協同病院 外来受診予約申込書 (FAX 086-444-3255)

ご希望の診療科にチェックをお願いします。

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。
※精神科の予約につきましては、手配ができ次第、ご連絡いたします。
(お時間をいただくため、後日となる場合があります。)

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、概ね30分以内に予約票をFAXにて返信致します。(内科)

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>

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