

济生会和歌山病院

診療予約申込書

紹介元 医療機関	
紹介医師名	
FAX番号	

年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日生
電話番号			
希望 診療科	糖尿病代謝内科 消化器病センター 循環器内科	整形外科 呼吸器内科 心臓血管外科	脳神経外科 腎(透析) 皮膚科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科
希望医師	医師・なし		
傷病名 または 症状			
希望日時	① 月 日	なし	
	② 月 日		
	③ 月 日		
当院受診歴	あり なし		

※希望診察医師および希望日時については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください

济生会和歌山病院 地域医療連携室

TEL:073-424-5186

FAX:073-424-5187