

診療予約申込書

(西条中央病院 地域医療連携室 FAX 専用)

FAX 番号 082-422-9944(直通)

平成 年 月 日

紹介医療機関の所在地

名称
医師名
TEL
FAX

西条中央病院

受診希望科 _____ 科

希望医師名 _____ 医師・指定なし

希望来院日 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

患者情報

フリガナ		(備考)
氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
現住所	〒 _____	
電話番号		

診療情報提供内容

- ・診察日に関しましては当院の医師診療曜日表をご参照ください。
- ・受付時間内(月・火・木・金・土曜日の8:30~17:00)では本申込書を受付後通常15分以内に、それ以外は受付翌日の10:00までに「診療予約券」をFAXにて返送いたします。
- ・「診療予約券」と「診療情報提供書」を患者さまにお渡しいただき、診療予約日に当院に受診していただきますようご案内ください。
- ・また、緊急に手術または入院等が必要な患者さまにつきましては、従来どおり直接当院担当医師までご連絡ください。

お問い合わせ先

西条中央病院 地域医療連携室 TEL 082-423-3050 (内線) 242