

外来診療予約依頼票 (FAX 用)

笠岡第一病院

地域医療連携室 宛 (FAX : 0865-67-0235)

※ 個人情報のため、取り扱いにご配慮願います。

紹介元医療機関名	
医師名	
科 先生	
電話番号 () -	FAX 番号 () -

◆希望の診療科・医師名・受診日をご記入下さい。

診療科	科
医師名	

希望受診日	第一希望	月	日	午前・午後
	第二希望	月	日	午前・午後

主訴および傷病名・紹介目的

ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	明・大	年	月	日
患者氏名			昭・平・令			
患者連絡先	TEL () -	当院受診歴 あり・なし				
住所	〒					

- ※ 診療情報提供書の添付をお願いします (原本は当日ご持参下さい)
申込時に添付が不可能な場合、上記<紹介目的・病状詳記>を可能な限り詳細にご記載下さい。
- ※ お電話でも受付しております。
- ※ 貴院より FAX が送付されましたら、当院から“外来診療予約票”を FAX いたします。
- ※ 診療状況によっては、予約時間通りに診察できないこともありますのでご了承下さい。
- ※ 外来診療予約・検査予約の様式は、当院のホームページからダウンロードすることもできます。
(ホームページアドレス <http://www.kasaoka-d-hp.or.jp>)

医療法人社団清和会 笠岡第一病院 地域医療連携室

(TEL 0865-67-0230 / FAX 0865-67-0235)

FAX 受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30

(R3.4～)