

泉大津急性期メディカルセンター 診察申込書

地域医療連携室 TEL : 0725-58-8235
FAX : 0725-58-8238

年 月 日

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 施設名 | | 電話番号 | |
| 医師名 | | FAX番号 | |

| | | | |
|------|-----|------|-----------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男女 | 大・昭 平・令 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - | 電話番号 | |
| | | | |

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 診療科 | | 希望医師名 | |
|-----|--|-------|--|

※診療科によっては医師の確認が必要な場合がございます。

| | |
|------|---------|
| 受診目的 | (病名・症状) |
|------|---------|

<備考> ご希望日やご都合の悪い日がありましたらご記入ください。

お申し込みは地域医療連携室までFAX (0725-58-8238)をお願いいたします。

【受付時間】 (月～金) 9:00～20:00 (土) 9:00～17:00 ※祝日除く

2024年12月1日作成