

眼形成手術センター 予約申込用紙 (FAX送信用)

大阪回生病院 地域医療連携センター (FAX:06-6393-8362 電話:06-6393-7135)

(※予約受付時間 平日:9:00~19:00 (木曜日は17時まで) 土日祝:取扱なし)

申込日 : 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大	昭	平	令			
患者氏名				年	月	日	(歳)		
電話番号	TEL :			携帯 :						
病名もしくは症状										
ご希望の 受診時期 (緊急度)	<input type="checkbox"/> 当日	<input type="checkbox"/> 2~3日以内		<input type="checkbox"/> 1週間以内						
	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 急がないができる限り早く								
	<input type="checkbox"/> その他()									
	※ご希望の受診時期に☑をつけてください									
受診希望日 (日時のご指定 がある場合)	第1希望日	月	日(曜)	AM	第2希望日	月	日(曜)	AM
		PM	PM							
希望担当医師	<input type="checkbox"/> 今川 幸宏		<input type="checkbox"/> 森田 耕輔		<input type="checkbox"/> 松井 千瑛					
	<input type="checkbox"/> 指定なし									
	※ご希望の担当医師名に☑をつけてください									
備考 (医師へコメント等 ございましたらご 記入ください)										

*本用紙のみで受付致しますので、診療情報提供書は後日FAXいただいても結構です。

*緊急の場合等、医師と直接お話しをご希望の場合には、
代表：06-6393-6234へお電話ください。医師へお繋ぎ致します。

紹介元医療機関名 :

住 所 :

T E L :

F A X :

紹介医師名 :

★FAX送信後15分以内に返信がない場合、FAXを確認できていない可能性があります。恐れ入りますが、電話にてお問い合わせください。

★ご依頼内容によっては、返信までお時間をいただく場合がございます。

★予約受付時間外にFAXでお申し込みいただいた場合、翌日の時間内の返信となりますのでご了承ください。