

< 1枚目 紹介元控え >

FAX予約受付票

下の太線の枠内のみ記入して下さい

03 - 5619 - 1555

賛育会病院 地域連携室行

平成 年 月 日

受診希望科・検査			
指定医師名(ご希望がある場合)			
希望来院日	年	月	日
決定来院日	年	月	日
予約時間	午前・午後	:	

紹介元医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名 () 科

産婦・内・小・外・整・耳・眼・皮・泌・緩		賛育会病院 診察券	
フリガナ		生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 西暦 年生 () 歳
患者氏名	殿		M 男 F 女
住所	〒 - TEL ()	勤務先又は緊急連絡先 () 内線 ()	

もしよろしければ保険証のコピーもお送りください

当院受診歴 有・無	有の場合	当院診察券
-----------	------	-------

FAXは受診日の前日午後4時までにお送りください

< 問い合わせ先 >

賛育会病院 地域連携室 【TEL 5619 - 1555】

月曜から金曜 9:00 ~ 16:00 土曜 9:00 ~ 12:00