

屋島総合病院 F A X 診療申込書

平成 年 月 日

地域医療連携室 F A X 087-841-9187

患者様個人情報保護のためおかけ間違いの無いようお願いいたします

屋島総合病院			
受診希望科		希望医師名	
_____		_____	
科		医師	
_____		_____	
希望来院日	月	日	曜日
_____	時	分	_____
当院受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)			

貴施設名		

医師名		

電話番号	—	—
_____	_____	_____
FAX 番号	—	—
_____	_____	_____

*患者様の了承が得られる場合のみで結構です。また、個人情報保護の取扱には細心の注意を払っております。

ふりがな	
患者様氏名 _____	性別 男・女
_____	電話番号 — —
患者様住所 _____	_____
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 (歳)

主訴又は傷病名

* 受付時間内 (月～金曜日の 8 時 30 分～17 時) では F A X 受け取り後 15 分以内にそれ以外は翌診療日 9 時までにお返事いたします