

## 診療予約申込書（患者連絡票）

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 (FAX:072-860-1730)

科

先生

貴 院 情 報	貴院名			医師名	_____
	所在地				
	TEL				
	FAX			取次担当者名	_____

患 者 情 報	フリガナ	男	生 年 月 日	大正・昭和・平成		
	氏名	女		年	月	日( 歳)
住 所	〒			電話番号		

傷病名・主訴 ※ 診療情報提供書(紹介状)は受診当日ご持参ください 受診歴  あり  
 なし  
 不明

予約希望日 平成 年 月 日  独歩  
平成 年 月 日  車いす  
その他の希望  ストレッチャー  
(曜日など)  その他

## 《外来診療予約方法》

診療予約申込書（患者連絡票）をFAXしてください（この用紙）



FAXにて予約日をご連絡いたします

※TELでの仮予約は可能ですが、本用紙のFAXで予約が成立し、折り返し予約通知書をFAXいたします

※診療情報提供書(紹介状)は受診当日にご持参ください

専門外来のご予約はこの用紙と一緒に診療情報提供書をFAXしてください

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室

〒573-0084 枚方市香里ヶ丘5-8-1

TEL:072-853-1181(代表)

TEL:072-854-1371(地域連携室)

FAX:072-860-1730(地域連携室)