年　　月　　日

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 所在地 TEL FAX			医師名 取次担当者名
患者情報	フリガナ 氏　名	男 女	生年月日	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　年　月　日

年　月　日

その他の希望（曜日など）

□ 独歩
□ 車いす
□ ストレッチャー
□ 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　枚方市香里ケ丘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)