

心臓血管外科専門外来診察依頼票

小林市立病院 予約受付 FAX 0984-23-8226 受付時間9:00~17:00 (月~金・祝日除く)

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡ください。

※万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですが地域医療連携室までご連絡ください。

診 察 希 望 日	第1希望	平成	年	月	日 ()	AM・PM	頃
	第2希望	平成	年	月	日 ()	AM・PM	頃
	第3希望	平成	年	月	日 ()	AM・PM	頃

医 療 機 関 名		医 師 名	先生
		ご連絡担当者	様
T E L		F A X	

フ リ ガ ナ		生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日
患 者 氏 名	様	性 別	男・女			
住 所						

予約確認票 (貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者さまの予約日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約日時	
平成	年 月 日 () AM・PA :

※当日は、診療情報提供書を持参の上、予約時間の15分前までに受付をしてください。