

診療予約申込書

(紹介状をお持ちの患者様用)

北野病院 地域医療サービスセンター 行

【お問合せ先】

地域医療サービスセンター

TEL 06-6131-2955

E-mail renkei@kitano-hp.or.jp

■ご受診者について

| | | | |
|------|---------------|-------------|-----|
| フリガナ | カケイ: | 性別 | 男 女 |
| お名前 | 旧姓: ID: | 北野病院 受診歴 | 有 無 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | | |
| ご住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | FAX 番号 | | |

■紹介状をもらった医療機関について

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 医師名 | |
| 電話番号 | |

■ご予約について

| | | | |
|-----|---|---|-------|
| 受診科 | | | |
| 医師名 | | | |
| 希望日 | ① | 月 | 日 () |
| | ② | 月 | 日 () |
| | ③ | 月 | 日 () |
| 症状 | | | |

当日のご予約は
お受け致しかねます

※保険証コピーを添付できる方はお願いいたします。



FAX : 06-6312-8620

24 時間送信可能

※受付時間 (祝日・第2・4土曜除く)

月～金 8:45～19:00 土 8:45～14:45