

新須磨病院紹介予約申込書

FAX 078-735-0089

診療情報提供書を添えて、FAXをお願いします

申込日 年 月 日

医療機関			
ふりがな		当院受診歴	
患者様氏名		有	無 不明
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
電話番号	- - (日中連絡のつく番号) ※診療情報提供書に記載の場合は不要		
希望受診科	科	希望医師	医師
希望日	第1希望	月 日	第2希望 月 日
	希望日なし	(都合の悪い日)	

病院 (返信用)

医院

診療所

クリニック

TEL ()

FAX ()

先生御侍史

月 日 () 時

科 医師診を予約させていただきました。

お手数ですが下記用紙を患者様へお渡し下さい。

予約票

(患者様用)

様

月 日 () 時

科 医師診を予約させていただきました。

この用紙を外来受付へ提出して下さい。

予約をしても診療状況よりお待ちいただく場合がありますのでご了承下さい。

健康保険者証・公費負担受給者証・診療情報提供書と当院に受診歴のある方は
診察券を持参して下さい。

医療法人社団 慈恵会 新須磨病院 (地域医療相談センター)

神戸市須磨区衣掛町3丁目1-14

TEL (078) 735-0001 (代)

FAX (078) 735-0089