

治療院患者様専用 診察申込用紙

ご紹介を頂く際に、治療経過等の詳しい情報をいただくとスムーズに診察に入って頂けますので、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

下記の項目をご記入頂き、**011-351-2210**まで本用紙をFAXして下さい。

【御施設名】 _____

【御施設住所】 〒 _____

【御施設TEL】 _____

【御紹介者名】 _____

(フリガナ)

患者様氏名 _____

患者様住所 〒 _____

TEL _____

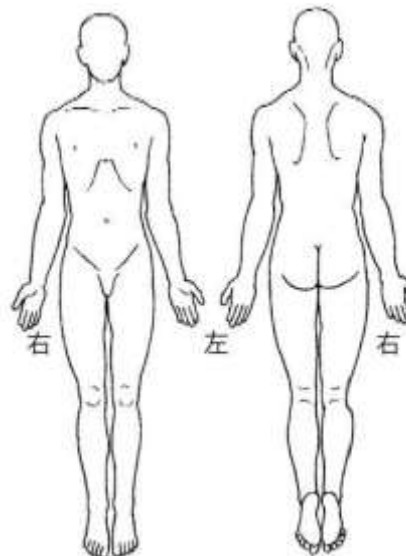
生年月日 _____年 _____月 _____日 《該当箇所を○でご記入下さい。》

年齢 _____歳

性別 男 ・ 女

診察希望部位

- 手 肘 肩 股関節
膝 足 首 腰



当院から受診についての折返し連絡先

【希望される連絡先に○をつけて施設様宛の場合は担当者様のお名前をご記入下さい。】

施設様あて ・ 患者様あて

担当者様 氏名 _____

患者様情報

【症状・治療経過等に関して】

〒004-0021

札幌市厚別区青葉町3丁目1番10号

医療法人社団 悠仁会 羊ヶ丘病院

TEL : 011-351-2211

FAX : 011-351-2210