

令和 年 月 日

医療法人社団 悠仁会 羊ヶ丘病院 予約担当宛

F A X専用 診療申込書

下記の項目をご記入頂き、**診療情報提供書と併せて011-351-2210**まで
本用紙をF A Xして下さい。

【貴院名】 _____

【電話番号】 _____

【御紹介医師名】 _____

(フリガナ)

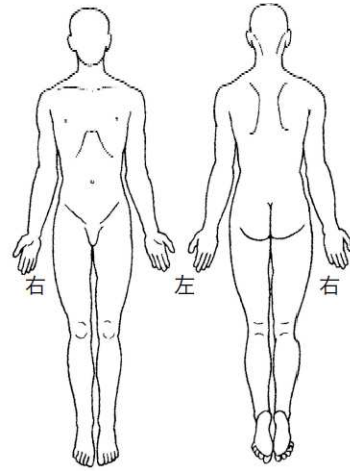
【患者様氏名】 _____ 【性別】 男 ・ 女 _____

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

【電話番号】 _____ () _____

【診察医師名】

- 倉 秀治 医師 (下肢)
 岡村 健司 医師 (肩)
 辻 英樹 医師 (肘)
 その他 () 医師



【当院から受診についての折返し連絡先】

- 患者様宛
 貴院様宛 (御担当者名 : _____ / 内線 : _____)

【その他連絡事項】