香川県済生会病院　FAX診療申込書

地域連携室直通 FAX ： 087－868－9563

年　月　日

整形外科は受付順の診察になります。担当医の診療時間内にお越しください。

紹介元医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 番　号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ 患者氏名	男　・　女		
生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日　　（　　）歳		
住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		
受診科	科	希望医師	医師
希望日時	①　　年　　月　　日（　　）AM　・　PM ②　　年　　月　　日（　　）AM　・　PM		
病状経過 及び 依頼目的	※ 可能でしたら紹介状を添付していただくようお願いいたします		

※ご紹介ありがとうございます。確認いたしましたら、FAX にてご連絡させていただきます。

※当日の予約はお取りすることができません。各診療科受付または地域連携室までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先 ： 香川県済生会病院　地域連携室　TEL 087-868-9569（直通）

受付時間 ： 8:30　～　16:00 （月～金）　休診日 ： 土・日・祝祭日、年末年始