

香川県済生会病院 FAX診療申込書

FAX : 087-868-9563

整形外科は地域連携室では予約をお取りすることができません。

担当医の診療時間内（8:30～11:00）にお越してください。

年 月 日

発熱等の症状がある方は、
事前にご相談ください。

紹介元医療機関：

医師名：

TEL：

FAX：

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名	旧姓	生年月日	大・昭・平・令 年
			年 月 日
住所	〒		
電話番号		当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明 (ID :)

希望受診科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌代謝内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	希望医師	医師
	希望受診日		

紹介目的（傷病名） ※可能であれば診療情報提供書の添付をお願いします。

※当日の予約はお取りすることができません。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