

FAX受付時間 : 平日 9時～16時 (土日祝日等の休診日は受付していません。)

≪ 猫山宮尾病院 膝・股関節外科専門外来予約依頼票 ≫

送信先	猫山宮尾病院 医事サービス課	
	FAX	(025) 281-7331
	電話	(025) 282-2323

送信元	医療機関名	
	医師名	
	住所	
	FAX	
	電話	
患者様情報	フリガナ	
	氏名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	住所	
	電話	
	当院受診歴	あり(患者番号 ) ・ なし
病名等 <small>(□にしをお付けください)</small>	<input type="checkbox"/> 変形性膝関節症 ( <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 右 ) <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 変形性股関節症 ( <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 右 ) ( )	
	<input type="checkbox"/> 膝半月板損傷 ( <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 右 )	
	<input type="checkbox"/> 膝前十字靭帯損傷 ( <input type="checkbox"/> 左 ・ <input type="checkbox"/> 右 )	
希望診察日 <small>(□にしをお付けください)</small>	<input type="checkbox"/> 火曜日 宮尾院長 <input type="checkbox"/> 希望無し	
	<input type="checkbox"/> 金曜日 涌井副院長	
都合がつかない日程等ございましたらご記入ください。 月 日		
その他・連絡事項		

※ 上記を踏まえ、こちらで予約状況を確認し、調整いたします。

※ カルテ作成のため、可能な限り、患者様情報の記載をお願いいたします。

※ 平日16時以降・休診日等に受信したFAXへの対応

予約票は翌日又は休み明けの午前中に貴院へ返信させていただきます。

ご紹介いただいた患者様に予約票をお渡しできなかった場合は、ご希望により当院からご連絡させていただきます。

当院から連絡 ( 要 ・ 不要 )