

# FAX 086-427-1197

## 倉敷平成病院 外来予約申込書(FAX送信用)

\*予約日時が決まり次第、「受診予約票」をFAX送信いたします。 令和 年 月 日

紹介元 医療 機関名		医師名	
住所	〒		
TEL	( ) —	FAX	( ) —
発信担当 部署		発信担当 氏名	

### ■患者情報

フリガナ 患者氏名	-----	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日( 歳)	
住所	〒					性別	男・女
TEL	( ) —	携帯電話	( ) —				

### ■予約内容(もの忘れ外来ご希望の場合は認知症疾患医療センターもの忘れ外来予約申込書をご利用下さい)

\*希望医師がある場合

希望 診療科		医師名	
-----------	--	-----	--

\*希望医師がない場合

<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> ニューロモデュレーションセンター)	<input type="checkbox"/> 整形外科( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> スポーツ)				
<input type="checkbox"/> 脳卒中内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 形成外科( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 美容)	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 消化器科	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝内科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 和漢診療科

主訴 (病名)	
------------	--

第1希望 受診日時	令和 年 月 日( )	午前・午後	時	分ごろ
第2希望 受診日時	令和 年 月 日( )	午前・午後	時	分ごろ
その他				

※診療情報提供書の添付をお願いいたします。

※FAXでのご予約は、受付時間内をお願いします。受付時間外は翌日の処理となりますのでご了承下さい。



社会医療法人  
全仁会

倉敷平成病院 地域連携室 TEL 086-427-6550 (直通)

〒710-0826 岡山県倉敷市老松町4-3-38 【受付時間】月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00