

院長・副院長診療予約申込書(紹介医→地域医療連携室)

平成 年 月 日

特定医療法人白嶺会 仙台整形外科病院 地域医療連携室行
〒984-0038 仙台市若林区伊在三丁目5-3
代表番号 TEL 022-288-8900

地域医療連携室 直通番号 TEL 022-390-5051
FAX 022-390-5724

▽発信元情報▽

医療機関名 :	
御担当医名 :	
住 所 :	
TEL :	FAX :

◇この診療予約申込書をFAXする前に、地域医療連携室まで必ずお電話下さい。予約日の調整を行います。予約日決定後にFAXして下さい。

▽患者情報▽

フリガナ		M・T・S・H	
名 前	様 (男・女)	年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL 自宅	
		携帯	

予約希望医師 佐藤院長(月・木) 兵藤副院長(火・金)

予約日 月 日 曜日 時間 :

診察希望部位と主な症状(どこが・どのような症状なのか?)

◇地域医療連携室受付時間 平日 9:00~12:00 13:00~16:00
土・日曜・祝日及び上記時間帯以外のお申し込みについては、誠に勝手ながら翌日もしくは休み明けにご予約をお願い致します。

◇診療情報提供書・予約票は患者様が当院を受診する時に持参させてください。