

鈴鹿回生病院附属クリニック
整形外科 紹介初診 FAX予約申込書

FAX送信先：059-375-1335 医療連携室

お問い合わせは、電話：059-375-1331までお願いします。

鈴鹿回生病院附属クリニック 整形外科

令和 年 月 日

医療機関名 : _____
住 所 : _____
医師名 : _____
電 話 : _____
F A X : _____

| | | |
|-----------------------|----------------|----------------|
| フリガナ ご 紹 介 患者氏名 | () | 性別 男 ・ 女 |
| 旧姓(フリガナ) | () | |
| 生年月日 | (明・大・昭・平・) | 年 月 日生 (歳) |
| 住 所 | 〒 | |
| 電 話 | (自宅) (携帯番号) | |
| 予約希望日 | 第1 (月 日 / 曜日) | 第2 (月 日 / 曜日) |
| 予約希望日 | なし | 当院受診歴 なし ・ あり |

※ 初診紹介予約について

予約日：月曜日・水曜日・金曜日 午前9:00から午前11:30まで

予約受付時間：月曜日から金曜日 午前9:00から午後4:00まで
注)土日祝日・年末年始は受付業務を行っておりません。

予約申込書と診療情報提供書(紹介状)をFAXしてください。
ご予約が完了しましたら、FAXで予約票を返送させていただきます。

患者様には受診当日に予約票、診療情報提供書、CD-R(ある場合)、保険証、お薬手帳を
必ずご持参いただきように説明をお願いいたします。

※ 特殊外来の予約について

火曜、水曜、木曜、金曜日の手外科、スポーツ、肩外来の予約は、
整形外科受付(電話番号059-375-1288)まで、直接ご連絡ください。