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　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ ご 紹 介 患者氏名	（　　）	性別　男　・　女
旧姓(ﾌﾘｶﾞﾅ)	（　　）	
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

・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。

・紹介予約日
　初診　：　月曜日・水曜日・木曜日・金曜日
　初診　手外科外来　：　火曜日・金曜日

・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。

・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
　必ずご持参していただくように説明をお願いいたします。

※ スポーツ外来の予約について
　診察日　：　水曜日
　整形外科受付（電話番号 059-375-1288）まで、直接ご連絡ください。

R4/5