

初診の患者様のみご予約が可能です。午前診、常勤医の予約となります。

特殊外来及び検査の予約に関しましては、当院代表番号（072-763-5100）へ直接お電話下さい。

その他、ご不明な点はお問合せ下さい。

送信先： 巽病院 医療福祉支援課 宛 FAX：072-763-5127

巽病院 初診診療予約申込書

■紹介元医療機関

記載日： 年 月 日

名称	医師名
	担当者名
住所 〒 ー	電話
	FAX

■患者情報

フリガナ	○大正 ○昭和 ○平成 ○令和
氏名	○男 ○女 生年月日 年 月 日 歳
住所 〒 ー	電話

希望診療科	※必ず希望診療科に☑を入れて下さい	
	☐内科・循環器内科 ☐内科・消化器内科 ☐総合診療科 ☐整形外科 ☐外科 ☐腹水治療専門外来 (火・木の午後)	
希望医師名	※特に希望医師がなければ空白で結構です 医師	当院受診時の 患者状況 ☐外来 ☐入院中 ☐退院後受診
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()	

病名・症状
★ 診療情報提供書を添付してください。

申込受付時間 平日（月～金） 9：00～15：00

受付時間以降のお申込みの返信は、翌日（金曜日は翌週）となります。

お問合せ先：巽病院 医療福祉支援課 地域連携 TEL 072-763-5161（直通）