

国立病院機構滋賀病院 診察予約申込書 (F A X 送信票)

地域医療連携室担当者宛 (F A X 0748-22-5626 / T E L 0748-22-3358)

申込医療機関名

医 師 名

T E L

F A X

患者様事項

(氏名には必ずフリガナをお付け下さい。)

フリガナ

氏 名

性 別 男 ・ 女

生年月日 M ・ T ・ S ・ H 年 月 日生 (歳)

住 所

T E L (- -)

ご希望日

曜日のみのご希望でも結構です。

・ 無 ・ 有

第1希望 (月 日 / 曜日)

第2希望 (月 日 / 曜日)

診 療 科

(ご希望の診療科を で囲んでください。)

- ・ 内 科
- ・ 小 児 科
- ・ 泌尿器科
- ・ 放射線科
- ・ 神経内科
- ・ 外 科
- ・ 眼 科
- ・ 歯科口腔外科
- ・ 呼吸器科
- ・ 整形外科
- ・ 耳鼻いんこう科
- ・ 消化器科
- ・ 脳神経外科
- ・ 循環器科
- ・ 呼吸器外科

(診療科の指定がない場合は、即答できませんので、時間をいただくことがあります。)

医師の指定

・ 無 ・ 有 医師名

病 状 等

F A X での受付は、平日 8 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0 までです。 時間外の申し込みにつきましては、恐縮ですが、翌日 (平日) の返信になりますのでご了承願います。