

# 国立病院機構滋賀病院 診察予約申込書 (FAX送信票)

地域医療連携室担当者宛 (FAX 0748-22-5626/TEL 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。

第1希望 ( 月 日 / 曜日 )

・ 無 ・ 有 ⇒

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

(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

※ 院内移動手段 (車椅子・ストレッチャー)

※ FAXでの受付は、平日 8:30~18:00までです。 時間外の申し込みにつきましては、恐縮ですが、翌診療日の返信になりますのでご了承願います。