

有田市立病院 地域連携室宛  
 直通FAX 0737-82-6565

ご紹介元医療機関名、医師名、電話、FAX
----------------------

## 診療予約申込書

### 紹介患者様

フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
患者氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
住所	〒	自宅 電話番号		
		携帯 電話番号		

予約希望日	(第一希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後	(第二希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後	(第三希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後
	診療科	科 希望医師があれば ( ) 医師	
予約内容	申込 (紹介) 目的 その他コメント		

患者様が当院を受診される時は、別途『診療情報提供書』が必要となりますので、  
 患者様にお渡しいただきますよう何卒よろしくお願いいたします。

- ※手足専門外来は、毎週月曜と水曜です。(完全予約制)
- ※物忘れ外来は毎週木曜です。(完全予約制)
- ※月曜から金曜の17時30分以降は、翌日(金曜の場合は月曜)の手続きになります。
- ※急患の場合は、地域連携室にお電話をお願いいたします。

ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

有田市立病院 地域連携室  
 直通TEL 0737-82-0887