愛知県コロニー中央病院初診予約申込書

<table>
<tr><td>希望される
FAX 返信先</td><td colspan="4">・医療機関のみ　　・患者さまにも</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">患者さまに FAX または電話をする場合は貴医療機関にも FAX いたします。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">紹　介
医療機関</td><td>名　　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医　師　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>T　E　L</td><td>（　　）</td><td>FAX</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">患者さまの
情　　報</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>患者さま
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>T　E　L</td><td>（　　）</td><td>FAX</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td>主　　訴
ま　た　は
病　　名
（紹介理由）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受　診　の
内　　容</td><td>受診希望
科　　名</td><td colspan="4">・　小児外科　（月　（午前・午後）、水 午前、
木（午前・第 1・4 は午後も））
・　整形外科　（火・水・金午前・午後、第 2・4 木午後）
・　脳神経外科（月　のみ）
・　眼科　（火・木　午前）
・　産婦人科　（第 2・4 月　午前）</td></tr>
<tr><td>受診希望
医　師　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受診希望日</td><td colspan="4">・　１週間以内
・　１か月以内
・　その他　（　　）
受診希望曜日
<table><tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

愛知県コロニー中央病院　［初診予約窓口］FAX ： 0568-88-0951, 0568-88-0828