

FAX受診予約申込書

(申込日) 年 月 日

(お願い)

*受診当日に紹介状及び保険証を持参されるよう患者様にご指示をお願いします。

*ご不明な点がありましたら病院代表までお問い合わせ下さい。
(TEL:088-631-0110)

医療機関名

医 師 氏 名

TEL () -

FAX () -

外来受診希望日	年 月 日 () [午前 ・ 午後]
---------	-----------------------

■ご希望の受診科左欄に○を入れ、希望医師があれば医師名をご記入ください。(希望医師がなければ、早めの予約ができる場合があります。)

腎臓内科	泌尿器科	内科	糖尿病内科	循環器内科
循環器外科	消化器内科	呼吸器内科	血液内科	脳神経外科
整形外科	放射線科	歯科		
その他診療科				
希 望 医 師	☐ 無(早めの予約がお取りできる場合があります。) ☐ 有(医師名:) ☐ 医師へ連絡済			

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患 者 様 氏 名	様		
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒		
電 話 番 号	※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。(急な休診時のご連絡等のため)		
川島病院受診歴	無 ・ 有 ※川島透析クリニック、鴨島・鳴門・脇町・阿南・藍住川島クリニックを含む。		
紹 介 目 的 (簡単にご記入ください。 紹介状を添付して いただいても結構です。)			

■ FAX対応時間 月～金 9:00 ～ 12:00、14:00 ～ 17:00 (土日祝祭日、年末年始は除く。)

なお、FAXの受信は24時間終日可能です。

時間外、土日祝祭日に受信したFAXについては、翌日または休み明けの対応となります。

緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。