中之島アイセンターCLINIC 紹介・予約申込書(FAX 用)

FAX：06-6131-5156

※可能でしたら診療情報提供書を添付いただきますようお願いいたします。

下記ご記入の上 FAX してください。折り返し予約票を返信いたします。

当日の緊急依頼につきましては、お電話でお問い合わせください。

紹介元 **医療機関名：** **住所：** **TEL：** **FAX：** **医師名　　先生**	・希望担当医師 橋田 ・ 塩﨑 ・ 廣瀬 非常勤（ 西田 ・ 前野 ・ 北口 ・ 臼井） □受診希望日 第１希望　　月　　日（　） 第２希望　　月　　日（　） □希望曜日 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金) □希望時間 AM（　：　）PM（　：　） □希望日なし (依頼日から１W・２W・1 か月以内) □都合が悪い日（　　）

紹介目的	□別紙参照 □精査 □治療 □手術希望 □その他（　　）		
疾病名 (主訴又は病名)			
フリガナ			性別
氏名			男 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日 (　　歳)	連絡先	―　　―
住所	〒　　－		

■当院受診歴 □なし □あり（ID　　）

■移動 □独歩 □杖 □車椅子 □ストレッチャー

中之島アイセンターCLINIC

地域連携専用 TEL：06-6147-2089 FAX：06-6131-5156

(電話受付時間：9 時～17 時、17 時以降の FAX は翌診療日に返信いたします。)

休診日：土曜午後・日曜・祝祭日・年末年始