



FAX 診療予約申込書

※以下にご記入の上、紹介状を必ず添えて FAX 送信してください。

公立豊岡病院日高医療センター 眼科センター 行

FAX : 0796-42-1688

紹介元医療機関名 _____ 病院 ・ 医院

担当医師名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 :

FAX 番号 :

《患者情報》

フリガナ		性別	旧 姓
氏 名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	当院受診歴	有 ・ 無
住 所			
電 話	【自宅】	【携帯】	
希望される医師	医師		
受診希望日	第 1 希望	平成 年 月 日	
	第 2 希望	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 何時でも可		
緊急性	有 ・ 無	備考	

※予約日確定後折り返し FAX にて「眼科診療予約票」を送信させていただきます。

尚、FAX は 24 時間対応しておりますが、受付時間（平日 8 : 30 ~ 17 : 00）以降のお申込みにつきましては、翌日以降（土日を除く）の返信とさせていただきます。

※予約変更のある場合は、患者様からの直接変更の電話ではなく、貴院よりご連絡いただきますようお願い致します。

TEL : 0796-42-1611 (代表)

FAX : 0796-42-1688 (直通)