

診 療 予 約 申 込 書

医療法人 伴帥会 愛野記念病院
地域医療連携室

〒854-0301 雲仙市愛野町甲3838-1

TEL (0957) 36-3950

FAX (0957) 36-7072

紹介元医療機関
住所

名称

医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ		受診歴	生年月日	男・女
患者氏名	(旧姓)	有・無	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住 所			TEL	()

希望診療科	1) 整形外科 2) 外科 3) 脳神経外科 4) 一般内科 5) 呼吸器内科 6) 循環器内科 7) 消化器内科 8) 糖尿病内科 9) リウマチ・膠原病内科 10) 心療内科 11) 泌尿器科 12) 耳鼻咽喉科 13) 皮膚科 14) 緩和ケア内科	希望医師 有・無 医師名
ご紹介目的 ※診療情報提供書を添付してFAXお願い致します。 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書は後ほどFAXします。		

当院予約制となっております。
地域医療連携室では、翌日以降のご予約をお取りしております。
急な当日の受診に関しては、代表番号 0957-36-0015 へご連絡をお願いいたします。

・希望日 ① _____ / _____ () ② _____ / _____ () ・なし
 ・希望時間 () 時頃 ・なし

医療法人 伴帥会 愛野記念病院 FAX:0957-36-7072 (直通)
地域医療連携室 TEL:0957-36-3950 (直通)

予約受付時間 平日(月～金) 9時～16時30分

※平日の16時30分以降については翌日、土曜・日曜・祝祭日等の受付分は休み明けの取り扱いとなります。