

診療予約申込書

平成 年 月 日

送信先 済生会和歌山病院 地域医療連携室
FAX 073-424-5187 (直通)
TEL 073-424-5186 (直通)

紹介元医療機関

紹介医師名

フリガナ 男 生年月日 明治・大正 年 月 日
患者氏名 女 昭和・平成

① 希望診療科 (○印をお付けください)

糖尿病代謝内科	消化器内科	循環器内科	
外科	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科
放射線科	耳鼻咽喉科	眼科	腎(透析)
皮膚科	泌尿器科		

② 希望診察医師

あり なし
(医師希望)

② 希望日時

第1希望 平成 年 月 日 ・ 第2希望 平成 年 月 日

③ 当院受診歴 あり なし

④ 傷病名または症状

* 希望診察医師および希望日時については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください。