



# 受診申込書（FAX用）

## 専用FAX：011-688-7490

|     |  |
|-----|--|
| 送信先 | 坂泌尿器科病院 地域連携室<br>専用TEL：011-688-7849 / 病院代表 TEL：011-688-7400<br>予約受付時間：9:00～17:00（平日） |
|-----|--|

こちらの申込書に必要事項をご記入いただき、ご紹介状と併せてFAXをお願いします。

現在外来にてお待ちです       帰宅されました       紹介元医療機関にて入院中

|     |         |                           |     |   |
|-----|---------|---------------------------|-----|---|
| 送信元 | 病院 ・ 医院 |                           |     | 科 |
|     | 医師名     | （貴院担当者様：                ） |     |   |
|     | FAX     |                           | TEL |   |

ご記入日：      年      月      日

※希望日・医師がございましたら、記入して下さい。

|        | 科                       | 医師      |
|--------|-------------------------|---------|
| 来院希望日① | 年      月      日（      ） | AM / PM |
| 来院希望日② | 年      月      日（      ） | AM / PM |

### 【患者情報】

|      |  |       |   |
|------|--|-------|---|
| フリガナ |  | 性別    | 生年月日  |
| 氏名   |  | 男・女   | M・T・S・H・R 年 月 日（ 才 ）                                    |
| 住所   | （〒      -      ）   |       |   |
| 電話   |  | 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 状態   | <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー |       |   |