



**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 専用TEL：011-688-7849 病院代表TEL：011-688-7400 予約受付時間：9：00～ 17：00（平日）
-----	--

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

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	名称		診療科	
	医師名		ご担当者	
	FAX		TEL	

ご記入日	
------	--

※希望日・医師がございましたら、記入してください。

診療科		医師名		
来院希望日①		<input type="checkbox"/>	AM	<input type="checkbox"/> PM
来院希望日②		<input type="checkbox"/>	AM	<input type="checkbox"/> PM

[患者さま情報]

フリガナ		性別	生年月日	
氏名				
住所				
電話		当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
状態	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレチャー	