

# 日本鋼管福山病院 診療予約票

地域連携室 行 FAX 084-945-3699

紹介元 医療機関名	医師 氏名
TEL — —	FAX (記入必須) — —

ふりがな	男 ・ 女	生年月日
患者様氏名		明・大 昭・平 年 月 日 西暦 ( 歳)
患者様連絡先 TEL — —		

予約診療科 (○をつけてください)

内科	消化器内科	外科	整形外科	産婦人科	小児科	形成外科
泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	歯科	小児歯科	

当院受診歴	有 ・ 無	希望診察医	医師
-------	-------	-------	----

希望受診日

第1希望: 月 日 午前・午後	第2希望: 月 日 午前・午後
第3希望: 月 日 午前・午後	<input type="checkbox"/> いつでもかまわない(日時指定なし)

主訴または傷病名など

その他の依頼事項など

日本鋼管福山病院 地域連携室

TEL 084-945-3091

【受付時間】 月～金 8:30～17:00  
土 8:30～12:30  
(7・8・9月の土曜は休診)