社会医療法人 愛仁会 千船病院 電話診察 FAX 申込書
FAX 06-6471-9545

下記の内容をすべてご記入の上、FAXを送信してください。

ふりがな	
患者氏名	
ID番号	
電話番号	
FAX番号	
現在の予約	予約日： 月 日 曜日
	診療科： 担当医師：
電話診察希望日 ※平日のみ対応 ※午前診 9-12時 ※午後診 14-17時	第一希望 月 日 曜日 午前・午後 ↑どちらかに○
	第二希望 月 日 曜日 午前・午後 ↑どちらかに○
	第三希望 月 日 曜日 午前・午後 ↑どちらかに○
処方希望の薬	無し・有り 希望の薬（ ） ↑どちらかに○ ※過去に当院で処方した薬に限ります。
かかりつけの薬局	薬局の名前・支店名：
	薬局の電話番号：
	薬局のFAX番号：
その他ご不明点等	

※病院記載欄 電話診察日	科	医師	月	日	午前・午後
-----------------	---	----	---	---	-------

FAX到着後は病院にて送付内容を確認し、希望日から診察日を設定できましたら、お電話にてご連絡させていただきます。希望日でご対応が困難な場合等でもお電話にてご連絡させていただきます。