

南風病院紹介予約申込書

外来予約窓口宛 FAX0120-707-142

24時間365日受信可能

※受付時間（平日9：00～17：00）上記時間帯以外の場合は翌診療日以降に折り返しいたします。

■ 紹介医療機関情報（情報提供書添付がある場合はご記入不要です）

医療機関名	
医師名	
電話番号	

■ ご紹介患者様情報（情報提供書添付がある場合はご記入不要です）

お名前	フリガナ	生年 月 日	年 月 日（ 歳）
	<input type="checkbox"/> 男 様 <input type="checkbox"/> 女 (旧性)		
ご住所			
	電話番号（ — — ） 日中連絡の取れる番号をご記入ください		

■ ご希望内容

当院希望診療科		病名	
当院希望医師	<input type="checkbox"/> あり（医師名： ） <input type="checkbox"/> なし		
受診希望日	第1希望： 年 月 日（ 曜日） 第2希望： 年 月 日（ 曜日） ※予約不可日がありましたらご記入ください <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
患者様への 連絡希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合は上記患者様情報の電話番号を必ずご記載ください		
備考			

南風病院 外来予約窓口 TEL099-805-2259 FAX0120-707-142

地域医療連携室 TEL099-805-2732