

# FAX 086-427-1197

## 倉敷平成病院 外来予約申込書(FAX送信用)

\*予約日時が決まり次第、「受診予約票」をFAX送信いたします。 令和 年 月 日

紹介元 医療 機関名		医師名	
住所	〒		
TEL	( ) —	FAX	( ) —
発信担当 部署		発信担当 氏名	

### ■患者情報

フリガナ 患者氏名	-----	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日( 歳)	
住所	〒					性別	男・女
TEL	( ) —	携帯電話	( ) —				

### ■予約内容(もの忘れ外来ご希望の場合は認知症疾患医療センターもの忘れ外来予約申込書をご利用下さい)

\*希望医師がある場合

希望 診療科		医師名	
-----------	--	-----	--

\*希望医師がない場合

脳神経内科 脳神経外科( 一般 ニューロモデュレーションセンター) 整形外科( 一般 スポーツ)  
脳卒中内科 呼吸器科 眼科 形成外科( 一般 美容) 耳鼻咽喉科 内科 消化器科  
総合診療科 糖尿病・代謝内科 循環器科 和漢診療科 皮膚科 婦人科 乳腺外科

主訴 (病名)	
------------	--

第1希望 受診日時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分ごろ
第2希望 受診日時	令和 年 月 日( ) 午前・午後 時 分ごろ
その他	

※診療情報提供書の添付をお願いいたします。

※FAXでのご予約は、受付時間内をお願いします。受付時間外は翌日の処理となりますのでご了承下さい。



社会医療法人  
全仁会

倉敷平成病院 地域医療連携センター TEL 086-427-6550 (直通)

〒710-0826 岡山県倉敷市老松町4-3-38 【受付時間】月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00