

# 眼形成手術センター 予約申込用紙 (FAX送信用)

大阪回生病院 予約センター (FAX:06-6393-8362 電話:06-6393-7135)

(※予約受付時間 平日:9:00~19:00 (木曜日は17時まで) 土:9:00~12:45 日祝:取扱なし)

申込日 : 年 月 日

フリガナ			男 女	生年月日	大 · 昭 · 平 · 令
患者氏名				年 月 日 ( 歳)	
電話番号	TEL :			携帯 :	
病名もしくは症状					
ご希望の 受診時期 (緊急度)	<input type="checkbox"/> 当 日	<input type="checkbox"/> 2~3日以内		<input type="checkbox"/> 1週間以内	
	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 急がないができる限り早く			
	<input type="checkbox"/> その他( )				
	<i>※ご希望の受診時期に☑をつけてください</i>				
受診希望日 (日時のご指定 がある場合)	第1希望日	月 日 ( 曜)	AM PM	第2希望日	月 日 ( 曜) AM PM
希望担当医師	<input type="checkbox"/> 今川 幸宏		<input type="checkbox"/> 森田 耕輔		<input type="checkbox"/> 高木 麻衣
	<input type="checkbox"/> 三村 真士		<input type="checkbox"/> 指定なし		
	<i>※ご希望の担当医師名に☑をつけてください</i>				
備 考 (医師へコメント等 ございましたらご 記入ください)					

\*本用紙のみで受付致しますので、診療情報提供書は後日FAXいただいても結構です。

\*緊急の場合等、医師と直接お話しをご希望の場合には、  
予約センター：06-6393-7135へお電話ください。医師へお繋ぎ致します。

紹介元医療機関名 :

住 所 :

T E L :

F A X :

紹介 医 師 名 :

★FAX送信後15分以内に返信がない場合、FAXを確認できていない可能性がございます。恐れ入りますが、電話にてお問い合わせください。

★ご依頼内容によっては、返信までお時間をいただく場合がございます。

★予約受付時間外にFAXでお申し込みいただいた場合、翌日の時間内の返信となりますのでご了承ください。