

診療予約申込書

神戸海星病院 医療連携センター宛 TEL/FAX:0120-888-246

受診希望科 :	科	医療機関名
希望医師名 :	先生	所在地
		医師名
受診希望日		電話:
・第1希望		FAX:
・第2希望		
・ご都合悪い日		
・いつでも可	・なるべく早い日	

フリガナ	
患者氏名	性別 男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日(歳)
患者住所	〒
TEL(自宅):	(連絡先):

診断名※
診療経過・病状 貴院の診療情報提供書添付して下さい
持参資料 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> X線 部位())
※バセドウ病眼症・甲状腺眼症の患者様はMRIの有無記載願います
その他連絡事項