



仙塩利府病院 耳科咽喉科 受診予約申込書

送信日： 令和 年 月 日

【送信先】 仙塩利府病院 地域医療連携室（予約受付時間 月～金 9：00～17：00）

TEL：022-355-4371（直通）

※予約受付時間外のお申込みについては、原則として翌診療日の対応となります。

FAX番号：022-355-4679（直通）

この診療申込書を上記番号にFAXして下さい。

【紹介元】

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

医師氏名：

【患者様情報】

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名				年 月 日 歳
住所	〒 —			
電話	— —	当院の受診歴	有・無・不明	
傷病名 (または主訴)				

【受診希望外来】

☐ 耳科手術センター 小林 俊光 医師（火曜日AM）

※ 耳鳴・補聴器外来（川瀬哲明 医師）は、一般外来の受診後に、ご予約をさせていただきます。

【受診希望日】

第1希望	月 日 (曜日) (:)	第2希望	月 日 (曜日) (:)
------	---------------------	------	---------------------