

# 予 約 申 込 書

令和 年 月 日

フリガナ 患者名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	(〒 - ) ☎ ( )				
希望する 予約日	(第一希望) 月 日	(第二希望) 月 日	都合の悪い日 ( )		
予約内容	診 療 科	科	紀北分院 受診歴	☐有 ☐無 ID 番号 わかれば ご記入下さい ( )	
	医 師 名	医師名 ( )			
	傷病名・現症 (簡単なもので結構 です。疑い、病名等 ご記載下さい)				
紹介元 医療機関名			TEL	( )	
住 所	〒		FAX	( )	
診療科	科	医師名	先生		

記載者名 \_\_\_\_\_

※記入上の注意：患者名のフリガナもコンピューター登録に必要となりますのでよろしくお願ひします。

和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院 地域医療連携室

受付時間 9:00~17:00 (平日:月~金曜日、祝年末年始除く)

FAX 0736-22-8275 (原則 FAX のみの受付とさせていただきます)

- 患者登録をし、予約日時が決まり次第、予約票を送信します。
- ファックスは 17:00 以降も受け付けますが、対応は翌日(休日の場合は平日以降)となります。
- お問い合わせ TEL 0736-22-8250 地域医療連携室直通 (医療機関さまのみ)