

四天王寺和らぎ苑 外来初診申込書

FAX : 0721-29-3916

〒584-0082 大阪府富田林市向陽台1-3-21 医事受付 宛

ご紹介元機関の方へ

①お申込みは、お電話を頂きFAXもしくは郵送にて、本紙（外来初診申込書）と診療情報提供書／紹介状をホームページからダウンロードしていただきお送りください。検査データも併せてお送りください。

②予約等のお返事は、調整後に連絡いたします。お時間がかかることがありますので、ご容赦お願いいたします。

※太線の中を記入してください

当施設記入欄	ID
--------	----

ご本人	フリガナ	性別
	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 —
	電話番号	(— —) 連絡希望時間 (: 頃)

希望受診内容	受診科	発達外来 / 小児リハビリテーション外来 / 小児外科・外科 / 補装具外来 / 歯科 ※希望受診科を○で囲んでください。受診科の内容についてはホームページでご確認ください。
	診断名	
	受診目的	<input type="checkbox"/> 紹介状と同様の場合はチェックしてください
	医師名	※希望医師名は特に希望される場合のみご記入ください

紹介元機関	名 称	
	所在地	〒 —
	電話番号	(— —)
	F A X	(— —)
	診療科または部署	
	主治医または担当者	