

紹介患者様予約FAX申込書

FAX送信先 0866-63-2840

〒715-0019

岡山県井原市井原町1186番地

井原市立井原市民病院 地域医療連携室

TEL：0866-62-1231（直通）

FAX：0866-63-2840（直通）

年 月 日

医療機関名	
TEL	
FAX	
診療科	
医師名	
担当者	

フリガナ		性 別	生年月日	
患者氏名	(旧姓：)	男・女	大平・昭令	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		電話番号	() -
			当院 ID	

診療科・医師	科	医師 ・ 指定なし
主訴及び傷病名		
希望日時	☐ いつでもよい ☐ 早めがよい	
	① 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃	
	② 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃	
その他連絡事項		

※診療情報提供書がございましたら出来る限り添付してFAXをお願いいたします（原本は受診日に持参ください）

◆受付時間 平日：8時30分～17時00分

◆休 診 日 土曜日・日曜日・祝日 年末年始（12/29～1/3）

※時間外、休診日に予約のFAXをいただいた場合、お返事は翌診療日となります。