

# 診察予約依頼書

ガラシア病院 地域医療連携室

電話（代表） 072-729-2345

FAX（直通） 072-729-5225

紹介元医療機関名

電話番号

FAX番号

受診歴 有 ・ 無

フリガナ

生年月日

患者氏名

男・女

診療科

医師名

科

医師

紹介目的の記入または診療情報提供書の添付

別紙参照

都合の悪い日があれば、ご記入ください

※予約票送付までに数日かかる場合がございますので、患者さまにはご帰宅いただくようご案内ください