|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| 9:00～11:30 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 |
| 13:00～16:30 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | × |

**医療法人LIGARE**

**血液内科太田クリニック・心斎橋**

**予約申込書(診療情報提供書)**

**ＦＡＸ：０６－６２４５－２１１８　　ＴＥＬ：０６－６２４５－２１１７**

■紹介元医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ　　　 |  |
| 医師名 |  |

■患者様情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏　　名 |  | 男　女[ ] 　[ ]  |
| 生年月日 | 明　大　昭　平　　　　年　　　月　　　日　　(　　)歳[ ] 　[ ] 　[ ] 　[ ]  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号　　　 |  | 携　　帯　　　 |  |
| 紹介目的 | [ ] 精査　[ ] 治療継続　[ ] セカンドオピニオン |
| [ ] 　別紙、添付文書あり |
| 特記事項(認知、移動能力等) | 当院受診歴　□有　□無 |

■受診希望日

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 | 年　　　月　　　日　(　曜日)　 [ ] 午前　　[ ] 午後 |
| 第２希望 | 　　　　　年　　　月　　　日　(　曜日)　 [ ] 午前　　[ ] 午後 |
| その他(希望曜日、時間等) | [ ] 　受診希望日なし |

※予約受付完了後、「予約票」をFAXで送付いたしますので、患者様にお渡し下さい。

※予約受付時間(月・火・水・木・金9:00～17:00、土9:00～12：30)以降のお申込みの返信は、原則翌日以降(土曜日は翌週)となります。