|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。