リガーレ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)

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

ＦＡＸ：０６－６２４５－２１１８　　ＴＥＬ：０６－６２４５－２１１７

■紹介元医療機関

医療機関名			
所 在 地	〒		
Ｔ Ｅ Ｌ		Ｆ Ａ Ｘ	
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）			

■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・金9:00～17:00、木・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。