

F A X 予 約 診 療 申 込 書

病 診 連 携 行 F A X 0 4 8 - 2 8 0 - 2 5 2 5

令 和 年 月 日

紹介先医療機関名 埼玉県川口市西新井宿 180 番地 川口市立医療センター 科 先生	紹介元医療機関 (〒 - ) 名称・住所 医師名 ⑩ TEL - - FAX - -
受診日 月 日 時頃	

フリガナ  
患者氏名 様 男・女  
M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳 )  
住 所 TEL - -  
受診歴 有・無・不詳 \*有の場合：当院 I D 番号 ( )

※この用紙は、F A X 送 信 専 用 で す が、上 記 項 目 の 連 絡 は 電 話 で も 可。

患 者 紹 介 状 ( F A X 用 )

◆ 病 診 連 携 ◆

受付時間：平 日 8：30～19：00  
土曜日 8：30～12：00 \*第1・3・5土曜日  
F A X 0 4 8 - 2 8 0 - 2 5 2 5  
T E L 0 4 8 - 2 8 0 - 1 5 6 5 (19時まで対応)  
0 4 8 - 2 9 9 - 7 9 8 6 (17時まで)  
0 4 8 - 2 9 9 - 7 9 8 7 (17時まで)

◆ 診 療 受 付 時 間 ◆

	平日 (月～金)	第1・3・5土曜日
初診患者	8：30～11：00	8：30～11：00

◆ 休 診 日 ◆

日曜 (祭日) 国民の祝日 第2・4土曜日 年末年始