

FAX予約診療申込書

病診連携行 FAX 048-280-2525

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 印

TEL - -

受診日 月 日 時頃

FAX - -

フリガナ

患者氏名 様 男・女

年 月 日生 ( 歳)

住 所 TEL - -

受診歴 有・無・不詳 \*有の場合：当院ID番号 ( )

※この用紙は、FAX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 (FAX用)

◆病 診 連 携◆

受付時間：平 日 8：30～17：00

土曜日 8：30～12：00 \*第1・3・5土曜日

FAX 048-280-2525

TEL 048-280-1565 (17時まで)

048-299-7986 (17時まで)

048-299-7987 (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