

肝臓専門外来 FAX予約申込書

		送信日	年 月 日					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	年齢			
	氏名		男・女	明・大・昭・ 平・令 年 月 日	才			
	フリガナ		和医大受診歴		有 ・ 無			
	住所	〒	和医大ID番号					
			TEL					
予約内容	予約希望日		第1希望	月 日	午前	第2希望	月 日	午前
	(※肝臓外来診察日は月・水・木)				午後			午後
	診療科	消化器内科		医師名				
	傷病名・症状							
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> その他 ()							
紹介元	医療機関			医師名				
	TEL			FAX				

- ◆電子カルテ登録に必要となりますのでご記入をお願いします。
- ◆予約が決まり次第、予約票を送信致します。

和歌山県立医科大学附属病院 肝疾患相談支援センター
 TEL:073-441-0850 FAX:073-441-0851
 【受付時間：9時～12時・13時～16時（土・日・祝日・年末年始を除く）】