予 約 申 込 書

令和　　年　　月　　日

フリガナ 患者名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年　月　日
住 所	（〒　　－　　）　　☎　　（　　）				

予約内容	希望診療科：　　科 医師名：　　医師	紀北分院 受診歴	□有　□無 ID 番号　わかれば ご記入下さい （　　）

□紹介状参照
□紹介状後程ファックス【傷病名：　　】
※紹介状ができ次第ファックスをお願いいたします。

□外来患者　（□貴院待機中）
□入院患者　（退院予定日：　　月　　日）

備考（ご都合の悪い日等）

紹介元 医療機関名			TEL　　（　　）
住 所	〒		FAX　　（　　）
診療科	科	医師名	先生

記載者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

和歌山県立医科大学附属病院　紀北分院　地域医療連携室

受付時間　9：00～17：00（平日：月～金曜日、祝年末年始除く）

FAX　0736-22-8275（原則 FAX のみの受付とさせていただきます）

・患者登録をし、予約日時が決まり次第、予約票を送信します。
・ファックスは 17：00 以降も受け付けますが、対応は翌日（休日の場合は平日以降）となります。
・お問い合わせ　TEL　0736-22-8250　地域医療連携室直通　（医療機関さまのみ）