

新須磨病院ガンマナイフ紹介予約申込書

FAX 078-735-0053

診療情報提供書を添えてFAXをお願いします。

申込日 年 月 日
送信者

新須磨病院 ガンマナイフ治療センター 予約担当者 宛			
ふりがな		当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
患者氏名	(旧姓)		(カルテ番号:)
生年月日	年 月 日	性別	男性 ・ 女性
電話番号	— —	※日中に連絡のつく番号 ※診療情報提供書に記載の場合は不要	
患者状況	外来にて待機中 ・ 入院中 ・ 帰宅後連絡待ち ・ その他 ()		
予約希望日	いつでも良い	都合の悪い日・曜日等 ()	
	第1希望	月 日	第2希望 月 日

ご紹介元機関

病院 ・ 医療センター
医院 ・ クリニック

診療科

TEL () —

医師

先生

FAX () —

月 日 () 時

ガンマナイフ治療センター 近藤医師診を予約させていただきました。

お手数ですが下記用紙を切り取って、患者へお渡してください。

----- ✂ キリトリ ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

予 約 票

【患者用】

様

月 日 () 時

ガンマナイフ治療センター 近藤医師の診察予約をさせていただきました。

この用紙を外来受付へ提出してください。

診療状況によりお待ちいただく場合がありますのでご了承ください。

【持ち物】 健康保険証 ・ 公費負担受給者証 ・ 診療情報提供書 ・ お薬手帳 ・ 診察券 (受診歴のある方)