

診察予約依頼書

医療法人ガラシア会
ガラシア病院
地域医療連携室
電話 072-729-2345
FAX 072-729-5225

紹介元医療機関名

電話番号

FAX番号

受診歴 有 ・ 無

フリガナ

生年月日

患者氏名

男 ・ 女

診療科

医師名

科

医師

紹介目的の記入または診療情報提供書の添付

都合の悪い日があれば、ご記入ください

※予約票送付までに数日かかる場合がございますので、患者さまにはご帰宅いただくようご案内ください