

診察予約申込書(診療情報提供書)

紹介先機関

ひろしば耳鼻咽喉科
京都みみはなのど手術センター

宛

貴医療機関

所在地

名称

電話

FAX

医師名

受診希望日

※完全予約制

※午前診 9:30~12:30 午後診 16:00~19:00

※第一木曜日は休診

第一希望 月 日 時頃

第二希望 月 日 時頃

第三希望 月 日 時頃

外来名	担当医	相談曜日・時間
中耳・難聴外来	岩永・廣芝	木曜日午前診
音声外来Ⅰ	一色・田邊・廣芝	木曜日午後診(13時~16時)
音声外来Ⅱ	廣芝	火曜日午前診
嗅覚外来	荻野	火曜日午後診(14時~17時)
手術相談外来	廣芝・荻野	火曜日午前・午後診 木曜日・土曜日 午前診

フリガナ
患者氏名 様明・大・昭・平 年 月 日生
(歳)

現住所 〒 -

電話番号

自宅

携帯

ご紹介内容

 耳に関する診察希望 鼻に関する診察希望 のど・音声に関する診察希望

詳細

手続き方法

申込書受信後、予約通知書を返信いたします。
ご来院の際は、保険証と一緒に予約通知書を提出してください

FAX受付時間

診療日 9:00~19:00 (火曜・木曜は17時まで)

休診日

上記の時間以外にお送りいただいた場合は返信が遅れますことをご了承ください
土曜午後診・第一木曜日・日曜日・祝日

お問合せ・FAX送信先

ひろしば耳鼻咽喉科

京都みみはなのど手術センター

〒610-0355 京田辺市山手西2-2-3 日東西ビル2階・3階

電話 : 0774-64-0789

FAX : 0774-64-0872

FAX番号 : 0774-64-0872