

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 宛

貴医療機関

所在地

名称

電話

FAX

医師名 _____

受診希望日

第1希望 月 日 時頃

第2希望 月 日 時頃

第3希望 月 日 時頃

		月	火	水	木	金	土
午前	1診	術後(廣芝)	術後(廣芝)	一般(林)	中耳難聴(岩永)	休診	術後(廣芝・東家) /一般(橋谷)
	2診	一般(交代制)			中耳難聴(廣芝) 10:30まで		一般(交代制)
	ST	補聴器	音声	音声			
午後	1診	一般(東家)	嗅覚副鼻腔(廣芝)	一般(東家)	音声(田邊)	嗅覚副鼻腔(中川)	
	2診				第1.3木 音声(廣芝)	第2.4木 PRP(東家)	
	ST	音声	補聴器	音声	音声	語音聴力検査	

フリガナ
患者氏名

様

明・大・昭・平・令 年 月 日生

(歳)

現住所 〒 -

電話番号

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。

※休診日

金曜午前診・土曜午後診・第一木曜日・日曜日・祝日

※お問合せ

ひろしば耳鼻咽喉科

電話 : 0774-64-0789

FAX : 0774-64-0872

※FAX受付時間

診療日 9:00~17:00

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。

FAX番号 : 0774-64-0872