

【医療機関の皆さまへ】

平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

専門外来の受診をご希望の際は、所定の申込書に必要事項をご記入のうえFAXにてお申込みください。

その際、紹介状もあわせてFAXをお願いいたします。

内容を確認後、当院より日程等について折り返しFAXいたします。

予約受付時間	月・火・木・金曜日	9:00~11:30 14:00~17:30
	水・土曜日	9:00~11:30

ご来院の際は、受診日の記載された受診票をご持参の上、予約時間の20分前までにお越しください。

なお、当院の所在地につきましては、下記の案内地図をご参照ください。

ご不明な点などございましたら、お気軽にお問い合わせください。

やまぐち整形外科クリニック

〒963-0725 郡山市田村町金屋マセ口5-1 TEL 024-926-0075



本地図はGoogleマップを基に作成しております。

F A X (024)926-0076

令和 年 月 日

診療予約申込書<<紹介患者専用>>

やまぐち整形外科クリニック 行

紹介元医療機関名および住所

医師名

TEL

FAX

希望受診日	第一希望	月	日(金)
	第二希望	月	日(金)
	<input type="checkbox"/> 特になし		

※ 第1、3、5金曜の午後のみ

ふりがな 患者氏名				様	男・女							
生年月日	昭・平・令	年	月	日	(才)							
住所	〒 -											
TEL												
公費負担者番号						保険者番号						
公費受給者番号						記号・番号・枝番	()					
一部負担金の割合	1割・2割・3割			本人・家族	本人・家族							
傷病名						※ 紹介状のFAXをお願いいたします						
画像	有 (CR ・ MRI) ・ 無											

----- キリトリ線 -----

肩と足のスポーツ専門外来受診票

氏名： _____

受診日： 年 月 日(金) 時 分台

※ 受診の際、必ずお持ちください

やまぐち整形外科クリニック
 月、火、木、金曜日 9:00～11:30
 14:00～17:30
 水、土曜日 9:00～11:30

変更等はこちらへ TEL(024)926-0075