

年 月 日

外来予約申し込み用紙

榊原記念病院 医療連携室 行き

FAX : 042-314-3199

TEL : 042-314-3142

紹介元医療機関	医師名
	電話
	FAX

フリガナ	
患者氏名	(男 ・ 女)
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日

心臓血管外科への受診希望の場合は、連携室までお電話ください。

榊原記念病院の受診歴		あり ・ なし ・ 不明
受診希望科	循環器内科 ・ 小児循環器内科 ・ 末梢血管外科 ・ 産婦人科	
希望医師	あり () ・ なし	
予約希望日	第 1 希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後
	第 2 希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後
紹介目的	簡単で結構ですので必ずお書きください。	

予約日時は FAX にて返信いたします。

予約受付時間：月～金 9:00～17:00（祝日、年末年始除く）

上記時間外の申し込みは後日の返信になります。

救急（当日受診希望含む）、入院要請は救急での相談となります。

直接お電話ください。