

**鈴鹿回生病院附属クリニック**  
**整形外科 紹介初診 FAX予約申込書**

**FAX送信先：059-375-1335 医療連携室**

お問い合わせは、電話：059-375-1331までお願いします。

鈴鹿回生病院附属クリニック 整形外科

令和 年 月 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
 住 所 : \_\_\_\_\_  
 医師名 : \_\_\_\_\_  
 電 話 : \_\_\_\_\_  
 F A X : \_\_\_\_\_

フリガナ ご 紹 介 患者氏名	( _____ )	性別 男 ・ 女
旧姓(フリガナ)	( _____ )	
生年月日	( 明・大・昭・平・ ) 年 月 日生 ( 歳 )	
住 所	〒 _____	
電 話	(自宅) (携帯番号)	
予約希望日	第1 ( 月 日 / 曜日 )	第2 ( 月 日 / 曜日 )
予約希望日	なし	当院受診歴 なし ・ あり

- ・ 予約申込書と診療情報提供書（紹介状）をFAXしてください。  
ご予約が完了しましたら、FAXで予約票を返送させていただきます。
- ・ 紹介予約日  
 初診 : 月曜日・水曜日・木曜日  
 初診 手外科外来 : 火曜日・金曜日  
 初診 肩外来 : 金曜日
- ・ 予約受付時間 : 月曜日から金曜日 午前9:00から午後4:00まで  
 注) 土日祝日・年末年始は受付業務を行っておりません。
- ・ 患者様には受診当日に予約票、診療情報提供書、CD-R（ある場合）、保険証、お薬手帳を必ずご持参していただくように説明をお願いいたします。

※ スポーツ外来の予約について

診察日 : 水曜日

整形外科受付（電話番号 059-375-1288）まで、直接ご連絡ください。