

# 多田羅内科クリニック 胃・大腸内視鏡センター

## 診療予約FAX

医療法人福生会多田羅内科クリニック 行き

FAX 087-861-3745

TEL 087-861-3730

紹介元 医療機関名			医師名						
FAX番号			TEL番号						
ふりがな		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	
患者氏名									
患者住所	〒							TEL	
希望する 診療科名	内科消化器科		希望する 検査名	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡					
受診 検査希望日	第一希望	年	月	日	希望 担当医師名				
	第二希望	年	月	日					
	第三希望	年	月	日	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無			
受診 検査目的				内視鏡担当医					
					午前(胃)	午後(大腸)			
				月	川田	川田/馬越			
				火	馬越	馬越			
				水	馬越				
				木	川田	川田/馬越			
				金	馬越	川田			
				土	川田	川田			

各医療機関先生方へお願い

1. 診療情報提供書により当院での待ち時間短縮を図ります。
2. 折り返し返信いたしますので、  
予約表と診療情報提供書を患者様にお渡しください。
3. ご不明な点がございましたらご連絡をお願いいたします。