

耳鼻科往診依頼書

下記項目に必要事項をご記入のうえ、メールまたはFAXにてご返信くださいますようお願いいたします。
内容を確認次第、弊院よりご連絡いたします。

病院・施設名	
担当者名・ご連絡先	
患者氏名	
生年月日	
ご住所	
ご連絡先	
今回の症状・相談内容	
既往歴・服薬歴・ADL など	
ご希望日	第1希望 月 日 (時 分頃)
	第2希望 月 日 (時 分頃)
	第3希望 月 日 (時 分頃)
備考欄	

医療法人社団法山会 山下診療所大塚
〒170-0004
東京都豊島区北大塚 2-13-1 ba07 5F
TEL:03-3910-6711 FAX:03-3910-6322
e-mail:ootsuka@hozankai.com