

## 洛和会音羽リハビリテーション病院 診療予約申込書

FAX送信先	<b>075-581-6110</b>	受付時間	<b>8:30~17:15</b> (日祝・年末年始を除く)
--------	---------------------	------	-----------------------------------

紹介元医療機関情報			
医療機関名		TEL	
医師氏名	先生	FAX	

患者様情報				
フリガナ		男	生 年 月 日	大・昭・平・令
氏名		女		年 月 日
傷病名	※診療情報提供書を添付される場合ご記入は不要です。			
紹介目的 ・ 通信欄				

受診予約		
ご希望の 医師名	医師	<input type="checkbox"/> 希望なし
第一希望日	月 日 ( )	時頃
第二希望日	月 日 ( )	時頃
第三希望日	月 日 ( )	時頃

### 診療連絡事項

- ・FAX受信後、内容についてお問い合わせの電話をさせていただくことがあります。
- ・予約がとれ次第『予約票』を送信しますので患者様へご連絡をお願いします。
- ・患者様は受診日に、必ず『保険証』『診療情報提供書(紹介状)』(X線フィルム等)『お薬手帳』をお持ちください。
- ・当日の予約はご相談ください。
- ・専門外来医師へのご紹介に関しては下記の時間帯のみとなります。※曜日等は診療担当医表をご参照ください。
- ★ 岩下靖史(脊椎・脊髄・側彎) : ①9:00~ ②9:30~
- ★ 高田秀彰(脊椎・人工関節) : ①9:00~ ②10:00~ ③11:00~

〒607-8113 京都市山科区小山北溝町32-1  
 洛和会音羽リハビリテーション病院  
 (代表) TEL: 075-581-6221  
 地域連携課(直通) TEL: 075-581-6868