



# 《整形外科外来初診予約 FAX 依頼状》

ふりがな		性別	男・女
患者氏名			
様			
生年月日	TEL		
年 月 日 ( 歳 )	( ) -		
住所 〒 -	当院 受診歴	有・無・不明	

## 来院ご希望日

疾患に応じて□をチェックして疾患名をご記入下さい

- 脊椎疾患：月曜日・水曜日
- 関節（手外科・上野）：火曜日
- 関節（肩肘関節・伊勢）：火曜日・金曜日
- 側弯症外来：水曜日
- 関節（股関節・岸田）：木曜日
- 上肢外来（手～肘・上野 肘～肩・伊勢）：火曜日午後（当日受付 8:00～15:00 も可）

疾患名【  】

第一希望日 月 日 曜日

第二希望日 月 日 曜日

紹介医療機関名	
診療科	主治医  先生
TEL	FAX