申し込み日：　　年　　月　　日

**代々木山下医院　FAX予約申込書**

FAX：03-3320-3559

予約受付時間：月～土曜日　9:00～17:00

休診日：日・木・祝日

【紹介元医療機関】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名TELFAX医師名申し込み担当者 |  |

【患者様情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　様　男・女 | 生年月日 | M・T・S・H年　　月　　日(　　歳) |
| 住所 | 〒 |
| TEL | 自宅 | 携帯 |
| 当院受診歴 | あり　・　なし　・　不明 |
| 診察希望内容 | シャント　月曜日午前　・　火曜日午前　・　水曜日午前　・　金曜日午前　　 |
| 予約希望日 | □希望曜日　　　　　　　　　曜日□いつでもよい□　　月　　日(　　　)・　　月　　日(　　)＊曜日希望以外はご希望に添えない場合があります。 | 都合の悪い日 |
| 連絡事項 |  |

＊上記枠内をご記入の上、送信ください。予約日程を調整の上、予約票を返信致します。

＊返信された予約票は患者様にお渡しください。

 〒151－0053

東京都渋谷区代々木1-35-4

代々木クリスタルビルＢ1－1号

TEL：03-3370-1599　FAX：03-3320-3559