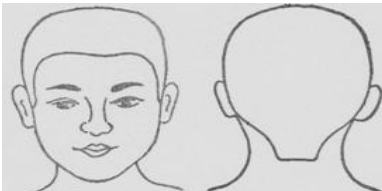
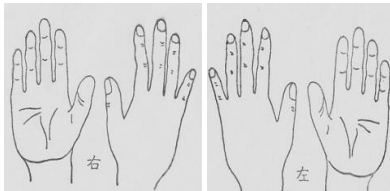
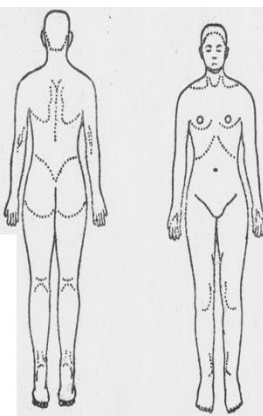


往診依頼

患者名	フリガナ 生年月日 T・S・H (歳)		
施設名	〒 TEL FAX		
自宅	〒 TEL		
訪問先	どちらかに○を付けて下さい。 施設 自宅		
施設担当者			
御家族で連絡の 取れる方 (携帯)	氏名	TEL	
症状	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">右 左</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>		
コメント			
入院(他の医療機関)	どちらかに○を付けて下さい。 入院している 入院していない		
希望日時	往診時間は <u>PM1:00~2:30</u> の間になります。 第1希望日 月 日 () 第2希望日 月 日 () 第3希望日 月 日 ()		

※ 保険証のコピーも一緒に FAX してください。

依頼書が届きましたら、往診の日時をご連絡致します。

尚、往診後のお会計・お薬は当院までお越し下さい。

宮下皮膚科医院 FAX 027-322-0688