



社会福祉法人 聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院
 Seirei Sakura Citizen Hospital

地域医療連携室 行

FAX 043-486-1807 TEL 043-486-5511

受付：月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:00（祝祭日除く）

ご予約希望日の2日前までにご連絡下さい

※患者さまからのお電話でも可能です

《耳鼻咽喉科外来初診予約 FAX 依頼状》

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

来院ご希望日

専門領域により下記曜日に御紹介下さい

- ・耳鼻科一般・・・火曜日（午後）・水曜日（午後）・金曜日（午後）
- ・摂食嚥下障害、頭頸部腫瘍・・・月曜日（午前）・水曜日（午前）・金曜日（午前）

第一希望日 月 日 曜日

第二希望日 月 日 曜日

※地域医療連携室へ一報後こちらを FAX 送信願います。到着後、当方より予約日時の連絡をさせていただきます

紹介医療機関名	
診療科	主治医 先生
TEL	FAX