

榊原 サピアタワークリニック 医療連携室宛

FAX 03-5288-0117

ご依頼日 年 月 日

外来診療 FAX予約申込書

ご紹介医療機関

所在地 〒 -

TEL () -

ご紹介医

患者様お名前

生年月日 明・大・昭・平 (西暦)
年 月 日
男 ・ 女

現住所 〒 -

TEL () -

連絡先 (勤務先・ご自宅・携帯)

TEL () -

榊原サピアタワークリニックの受診歴 ある ない 不明

■受診ご希望の科をチェックしてください (ホームページ外来担当表をご参照ください)

循環器 消化器 糖尿病・代謝 呼吸器 禁煙外来

■予約日 月 日 (曜日) 時間 :

■依頼情報 (ご紹介目的・診断・主訴など)

希望担当医がございましたらお書きください。

医療法人社団 榊原厚生会 榊原サピアタワークリニック

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-7-12

TEL 03-5288-0011 (代表)