

申込年月日 平成 年 月 日

## P.O.I 外来 申込書

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名	旧姓( )		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日( 歳)
住所	郵便番号 ( - )		電話番号	( 自宅 ・ 携帯 )

相談日は、水曜日(祝祭日除く)の13時～で希望日を記入してください。ご希望に添えない場合があります。

第1希望	平成 年 月 日	水曜日 13時	
第2希望	平成 年 月 日	水曜日 13時	
第3希望	平成 年 月 日	水曜日 13時	

今までに当院の受診はありますか? ( ある ・ ない )

当院の『受診カード』(診察券)をお持ちの方は、受診カードに記載されている番号を、記入してください。

受診カードの番号 ( - )

診療所、病院からのご紹介の場合は記入してください。

依頼元 施設名	医師氏名		電話番号
	所在地	郵便番号 ( - )	( ) -
	名称		F A X ( ) -

太枠内に必要事項を記入のうえ、次のところへFAXまたは郵送してください。

【FAXの場合】 076-434-5104 (直通)

【郵送の場合】 〒 930-0194

富山県富山市杉谷2630番地 医療福祉サポートセンター あて

病院側記載欄

受付日	平成 年 月 日	受付者	
予約日	平成 年 月 日	対応医師	吉野先生
カウンセリング 種別	P.O.I 外来 カウンセリング	備考	