岐阜県立多治見病院　基本情報登録依頼票（ＦＡＸ）

多治見病院受付ＦＡＸ：
０５７２－２１－１０２２

①氏名（漢字）	
氏名（フリガナ）	
②性別	男　・　女
③生年月日	年　月　日
④住所と郵便番号	〒　－
⑤電話番号（自宅及び折り返し連絡する電話が別の場合はその電話番号も）	
⑥受診希望診療科名	消化器内科・循環器内科・腎臓内科・ 血液内科・呼吸器内科・糖尿病内分泌内科・ 膠原病リウマチ科・精神科・脳神経内科・ 小児科・消化器外科・乳腺内分泌外科・ 呼吸器外科・心臓血管外科・整形外科・ 形成外科・脳神経外科・麻酔科・ 皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・ 耳鼻いんこう科・放射線科・歯科口腔外科・ 要相談（診療科不明）
⑦受診希望日時 （第３希望までお書きください）	
⑧紹介状（診療情報提供書）の有無	有　・　無