

多発性のう胞腎患者様事前予約申込FAX用紙

FAX 0144-72-7244

【送信先】 苫小牧日翔病院 地域医療連携室

ご依頼元

医療機関名			
診療科			科
医師名			先生
TEL	()	—	
FAX	()	—	

患者様情報

氏名(フリガナ)				
生年月日	年	月	日	男・女
住所				
TEL	()	—		

自由記載欄

<ご紹介目的・症状経過・現在の治療など>

--	--	--

希望受診科	希望医師名	希望受診日
泌尿器科	坂本 和也 医師	月 日 ()