



慶仁会川崎病院 整形外科・関節症センター
〒834-0024 八女市 津江 538 Tel; 0943-23-3005

患者さま紹介状／予約確認状

慶仁会川崎病院 整形外科・関節症センター 浅山 勲 医師宛

先生のお名前、ご連絡先

* 電話（0943-23-3005）にて診察希望曜日の予約をお願い致します。

予約のない方は、かなりお待たせ致します。

* 下記下線部をご確認の上、ご紹介ください。

予約日時（予約日時を下記に記して曜日に○をつけてください。）

_____ 月 _____ 日 _____ 月 / 火 / 木 曜日 _____ 時

患者様

ふりかな

生年月日

氏名

M/T/S/H

年

月

日

歳

診察部位（○をつけてください。）

_____ 右 / 左 / 両 _____ 肩 / 股 / 膝

愁訴、現病歴など

既往歴、内服薬の内容など

（お薬手帳などをお持ちの方は既往歴、合併症のみ記載をお願い致します。）