

来院連絡票 (手話通訳希望)

フリガナ		
名前		男・女
生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日 才
住所	都道府県	
	アパート 団地名	
来院日時	令和 年 月 日 ()	時 分
FAX番号		
電話番号		

希望する受診科の番号に○をつけてください。

- 1 内科
- 2 循環器内科
- 3 消化器内科
- 4 腎臓内科
- 5 糖尿病内分泌内科
- 6 緩和ケア内科
- 7 小児科
- 8 外科
- 9 呼吸器外科
- 10 整形外科
- 11 形成外科
- 12 皮膚科
- 13 泌尿器科
- 14 産婦人科
- 15 眼科
- 16 耳鼻咽喉科
- 17 放射線科
- 18 麻酔科
- 19 総合診療科
- 20 歯科口腔外科
- 21 健康診断
- 22 何科を受診すればよいのかわからない

田川市立病院

医事課 手話通訳者

〒825-8567

福岡県田川市大字糶1700番地2

FAX: 0947-45-0715

TEL: 0947-44-2100



お願い

診療科によっては、休診日もあります。詳しくはお問い合わせください。
FAXは、月～金曜日の8:30～17:00までに提出してください。