泉大津市立病院　小児外科
595-0027　泉大津市下条町 16 番 1 号
Tel　0725 32 5622　Fax　0725 32 6961

年　月　日

泉大津市立病院　小児外科　外来担当医　宛

１．（右・左）そけいヘルニア疑い　　２．陰嚢水腫疑い　　３．停留精巣疑い

４．臍ヘルニア　　５．漏斗胸　　６．肛門周囲膿瘍

７．便秘　　８．＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記につき診察、治療を依頼します。

患児氏名：　　様　（　男　・　女　）

生年月日：　　年　　月　　日

特記事項：

ご紹介者名：

ご連絡先　：

保護者の方へ
泉大津市立病院予約センターにお電話で予約をお取りの上ご来院ください。
予約センター電話番号　0725 32 5489
（受付時間：平日 9:00～17:00）　緊急の場合はこの限りではありません。
小児外科外来日　火曜、木曜の午前 8:00～11:30 までに初診受付をしてください。
※木曜日は、手術日のため事前に外科内視鏡外科受付にお電話で確認後ご来院ください。