

診療予約申込書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

TEL 025-757-5566 (代表)

FAX 025-757-5699 (直通)

予約申込 受付時間

平日 8:30~16:00

(上記時間外のFAXは翌診療日以降の返信となります)

送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

T E L _____

F A X _____

*患者様の状態についてチェックをお願い致します。

緊急性あり 救急車で来院 緊急性なし

希望受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

・診察をご希望の科に○をつけて下さい。			
01 内科	02 外科 (予約制)	03 整形外科 (予約制)	04 脳神経外科(月火木金)
05 耳鼻咽喉科	06 産婦人科	07 皮膚科(第2・4火 予約制)	08 歯科口腔外科(予約制)
09 小児科	10 脳神経内科 (火・金)	11 泌尿器科(月水金予約制)	
・診察指定医師名		(医師指定は科別医師勤務表を参照の上、御記入願います。)	
傷病名、紹介目的			
保 険 外	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 公務災害 (左記の場合、 <input type="checkbox"/> にチェックをして下さい。)		
フリガナ			性 別
患者氏名	(旧姓)		男 ・ 女
生 年 月 日	大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才		
現 住 所			
電 話 番 号	() _____		

※ 折り返し受診の御案内をFAXにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。
県立十日町病院へ受診される患者様へ次のとおりご案内願います。

※ 画像データは、当日診察前に取り込みを行うため、患者様の待ち時間が長くなる場合があります。

- ① 予約時間に遅れないよう到来をお願いいたします。
- ② 来院受付後、1階紹介状受付に紹介状と受診の御案内を添えてお申し出ください。
 また **マイナンバーカード又は保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さい。
- ③ 指定された医師が診察予定日に不在の際は、他の専門医が診察させて頂く場合がございます。