診 療 予 約 申 込 書

県立十日町病院 地域医療連携室行

FAX　０２５－７５７－５６９９(直通)

送 信 日　令和　　年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊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

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿

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	03　整形外科	04　脳神経外科(月火木金)
05　泌尿器科(月水金)	06　産婦人科	07　耳鼻咽喉科	08　歯科口腔外科(予約制)
09　小児科	10　神経内科(火水金)	11　皮膚科(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、御記入を御願い致します。)			

コメント(主訴・依頼目的等。紹介状併せて FAX いただければ記入不要です。)

保　険　外	□入院中 □労働災害 □公務災害（左記の場合、□にチェックを記入して下さい。）	
フ リ ガ ナ		性　別
患 者 氏 名		男 ・ 女
生 年 月 日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才	
現　住　所		
電 話 番 号	(　　)　　－	

※ 折り返し予約案内票をＦＡＸにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。

県立十日町病院へ受診される患者様へご案内を御願い致します。

① 来院の際は**受診する科の外来窓口で、紹介状と予約案内票**を添えてお申し付け下さい。
また**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いします。

② 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ことがございます。

② 予約時間に遅れないように、来院を御願い致します。