

# 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 送 信 日 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

FAX 025-757-5699 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。 TEL \_\_\_\_\_

緊急性あり     救急車で来院     緊急性なし    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、御記入を御願ひ致します。)			
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 <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ひ致します。

- 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致します。
- 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場合がございます。
- ③ 予約時間に遅れないように、来院を御願ひ致します。