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）

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	03 整形外科(予約制)	04 脳神経外科(月火木金)
05 耳鼻咽喉科(月火水金)	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 眼科(第2･4水)	11 脳神経内科(火金)	12 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。）			

コメント（主訴・依頼目的等。紹介状を併せて 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	（　　）　　―		

※ 折り返し予約票を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。

① 予約時間に遅れないように来院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予約票**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。

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。

R6.4