

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	06 産婦人科	07 皮膚科(火予約制)	08 歯科口腔外科(予約制)
09 小児科	10 眼科(水)	11 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	<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ことがございます。
- ③ 予約時間に遅れないように、来院を御願い致します。