**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 　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医 師 名

TEL

FAX

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)

**＊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 | □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。

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。

R7.4