

佐渡総合病院受付日： _____

送信先：佐渡総合病院 地域医療連携室

FAX：0259-63-6335 (直通) TEL：0259-63-4155 (直通) 送信日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

※FAX 番号のお間違えがないようにご注意ください。

佐渡総合病院（外来診察）予約申込書

貴施設名： _____ TEL： _____ FAX： _____

依頼医ご氏名： _____ ご担当者様： _____

1. 診察 希望について

2～3日以内・1週間以内・2週間以内・2週間以上でも可・いつでも可・その他()
ご都合の悪い日があればご記入ください。 月 日 ()

2. 患者さんの情報 (③～⑤は必ずご記入下さい。)

①佐渡総合病院での受診歴 (有・無) (※)「無」の場合は、⑥のご住所もご記入下さい。

②佐渡総合病院 患者番号： - (わかる場合は記入下さい)

③ ^{ふりがな}氏名： _____ 様 ④生年月日： 明・大・昭・平 ____ 年 ____ 月 ____ 日

⑤性別： 男・女 ⑥ご住所： _____

3. 依頼科名 (該当する科に○をつけて下さい。)

呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、内分泌代謝科、腎・透析・膠原病内科、小児科、
眼科、神経内科、脳外科、整形外科、外科、産婦人科、皮膚科、耳鼻科、泌尿器科、
歯科口腔外科

希望医師： _____ 科 _____ 医師へ依頼 (特にご指名がある場合)

4. 紹介目的 (紹介状が完成次第、FAXで送信をお願いいたします。)

受診当日は、紹介状を患者さんにお預け願います。)

※ 地域医療連携室開室時間： 平日 8:30 ～ 17:00

- ・予約多数など、諸事情により、お受けできない場合があります。
- ・急患は FAX ではお受けできません。ご希望の診療科に直接ご相談下さい。
- ・予約日以外、予約なしで来院されますと診察できないことがあります。