

## 佐渡総合病院（外来診療）予約申込書

申込日：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

送信先：地域医療連携室 ◇受付時間◇：平日 8:30 ~ 17:00

**FAX: 0259-63-6335 (直通)** TEL: 0259-63-4155 (直通)

貴医療機関名：\_\_\_\_\_ TEL：\_\_\_\_\_ FAX：\_\_\_\_\_

依頼医ご氏名：\_\_\_\_\_ ご連絡担当者：\_\_\_\_\_

### 1. 診察 希望について（いずれかに必ず○をつけてください。）

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必ずご記入ください。 月 日（\_\_\_\_\_）

### 2. 患者様情報（③～⑦は必ずご記入ください。）

① 当院の受診歴（有・無）

② 当院の患者番号：□□□□□□□□ - □□□（わかる場合はご記入ください）

③ ふりがな氏名：\_\_\_\_\_様 ④ 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日（\_\_\_\_\_歳）

⑤ 性別： 男・女 ⑥ 住所：\_\_\_\_\_

⑦ 電話番号：\_\_\_\_\_

### 3. 受診希望科（希望する診療科に必ず○をつけてください。）

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、  
神経内科、小児科、外科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、  
歯科口腔外科

希望医師：\_\_\_\_\_医師

### 4. 紹介目的（紹介状が完成次第、必ず FAX で送信をお願いいたします。

受診当日は、紹介状を患者様にお預け願います。）

- ・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ください。
- ・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。