

外来診療 予約申込書

<紹介状と併せて FAX 送信をお願いします> _____ 年 _____ 月 _____ 日

送信先：佐渡総合病院

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. 受診希望日 (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 ・ 不明

② 当院の患者番号： - (わかる場合はご記入ください。)

③ フリガナ氏名： _____ 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： (_____) _____ (携帯) _____ - _____ - _____

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、小児外科、歯科・口腔外科

希望医師： _____ 医師

4. 紹介目的 (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。