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 氏名（フリガナ）：＿＿＿＿＿＿＿＿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、 精神科

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。

（2023.10 版）