

事前予約申込書 (FAX送信表)

送付日 平成 年 月 日

新潟県立小出病院 地域医療連携室行

FAX:025-793-2860 (地域医療連携室直通)
FAX受付時間 平日午前9:00～午後4:00

※紹介状を併せて送信してください。

(送信元)

医療機関名:

電話番号:

FAX番号:

診療希望科: _____ 科

希望医師: [_____] (医師ご指定の場合のみご記入ください。)
*整形外科は、新患日にご紹介願います。

受診希望日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

※精神神経科(内線:226,227)及び里帰り出産(内線:221,222)ご希望の場合は、直接外来へお問い合わせください。

フリガナ		性別	生 年 月 日	
氏 名		男・女	M・T S・H	年 月 日
住 所	〒 _____ _____	電話番号 (_____)	当院受診歴:	あ り ----- な し
			旧姓: _____	
保 険 区 分	1. 健康保険 2. 労 災 3. 交通事故 4. 生 保 5. その他(_____)			

※来院の際、保険証及び受給者証等をお持ちください。

～診療受付時間～

月～金(土・日・祝日・年末年始休診) 午前8:30～午前11:30 * (整形外科、眼科のみ午前11:00受付終了)

*詳しくは、「外来診療医師等一覧」をご参照ください。

【事前予約申込書について】

※事前にカルテを作成し予約日当日、患者さまの受診手続きをスムーズに行うためのものです。

☆折り返し、「予約連絡書」をFAXにて返信いたしますので、患者さまへお渡しく下さい。

☆当日受診の送信は、診療受付時間内に来院いただける場合にお願ひします。その際、時間予約は行っておりませんので、順番での診察とさせていただきます。なお、「予約連絡書」の返信はいたしません。

☆診療上、急を要する場合は、担当診療科の外来へのご連絡及び受診をお願いいたします。

(受付時間外の救急対応については、従来どおり救急外来にて対応いたしますので、救急外来または担当診療科の外来へご連絡ください。)

☆ご希望の医師が不在の場合は、他の医師が担当させていただくことがございます。