

# 益田地域医療センター医師会病院予約申込票

FAX:0856-22-3612(地域連携室) 受付時間 月曜～金曜 8:30～17:00

●急患の場合は直接お電話を下さい(0856-22-3611)

フリガナ		旧 姓	※二重登録防止のため 改姓された方は記載ください。	
患者様名				
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( )	性別	男・女	
住 所	〒 -			
電話番号	( ) -			

紹介元医療機関名			
所属診療科		担当医師名	
FAX番号	( ) -	TEL番号	( ) -

受診希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 循環器外科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア外来・パ°インクリニック <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医師名			
受診希望日	① 令和 年 月 日 時頃		
	② 令和 年 月 日 時頃		
紹介目的	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">【ご希望】外来診察 ・ 入院</div>		
※診療情報提供書も併せてお送り下さい	※既往歴・および社会的背景(入院の場合)も明記いただけたらと思います → 来院方法(自家用車・施設の車・介護タクシー・救急車・病院車依頼)		

## 診療予約票

紹介医師名 ( )

氏 名	様		
予約日時	年 月 日 ( )	時 分	
※予約時間の15分前までに総合受付にお越し下さい。			
診療科	科	担 当 医	

### 【患者様へお願い】

- 持参していただくもの…… ■保険証(公費負担の受給者証を含む)    ■紹介状
- 本紙                    ■診察券(お持ちの方)            ■お薬手帳
- 診察状況によってはお待ちいただくことがございます。ご了承下さい。
- 予約日時に受診できなくなった場合は、地域連携室までご連絡下さい。

益田地域医療センター医師会病院 地域連携室  
TEL:0856-22-3611(代表) FAX:0856-22-3612(直通)