

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	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 婦人科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 循環器内科 ☐ 循環器外科 ☐ リウマチ科 ☐ 腎臓内科 ☐ 緩和ケア・パインクリニック ☐ リハビリテーション科 ☐ 形成外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 放射線科 ☐ 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	【ご希望】外来診察 ・ 入院
※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)