

# 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		患者様は貴院でお待ちですか？	
患者様名		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日( 歳)	性別	男・女
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		

紹介元医療機関名			
所属診療科		TEL番号	( ) -
担当医師名		FAX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"/> ペインクリニック <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 ( )
希望医師名	医師 <input type="checkbox"/> 指定なし
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	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 外来診察希望 <input type="checkbox"/> 入院希望 ※診療情報提供書を併せてお送り下さい。未作成の場合は、作成次第FAX送信をお願い致します。
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

- \* マイナンバーカード、または資格確認書 \* 各種医療証(公費負担の受給者証を含む)
- \* 診療情報提供書(紹介状) \* 当院の診察券(お持ちの方) \* お薬手帳
- \* 本票(本票がない場合でも当院での受診に影響はありません)

●診察状況によってはお待ちいただく場合がございます。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。