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　□麻酔科 □リハビリテーション科　□特殊外来(　　)
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 ※診療情報提供書も 併せてお送り下さい	【ご希望】外来診察　・　入院 ※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)