

魚沼市立堀之内医療センター

整形外科 紹介患者事前予約申込書(FAX送信票)

(送付日) 平成 年 月 日

(送信先) 魚沼市立堀之内医療センター 整形外科外来
TEL:025-794-2450(代表) FAX:025-794-4263(代表)

(送信元) 医療機関名: _____ 医師名: _____
所在地: _____
TEL: _____ FAX: _____

(患者情報)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 (歳)	
現住所	〒 _____ TEL _____		
希望受診日	(あり なし)	平成 年 月 日 ()	

<診療時間>

第1・第3木曜日 13:00~15:30
第2・第4木曜日 13:00~16:00

<事前予約申込書について>

- * 紹介状を併せて送信してください。
- * FAX受付時間 平日9:00~16:00
- * 折り返し「予約連絡書」をFAXにて返信いたしますので、患者さまへお渡してください。
- * 当日受診希望のFAXは診療受付時間内に来院可能な場合をお願いします。この際は、予約ではなく、順番での診察とさせていただき、「予約連絡書」の返信はいたしません。
- * FAX受付時間外にFAXを送信されますと翌診療日の返信となりますのでご了承ください。
- * 診療上急を要する場合は担当診療科の医師に直接ご連絡ください。