

# 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) 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・R         | 年 月 日 ( 歳) |     |
| 現住所   | 〒 _____ TEL _____ |            |     |
| 希望受診日 | ( あり なし )         | 年 月 日 ( )  |     |

### <診療時間>

毎週 水曜日 13:30~15:30 (第5水曜日は診療なし)  
第2・4木曜日 13:30~15:30

### <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、患者さん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。