

紹介患者事前予約申込書（FAX 送信票）

（送付日） 令和 年 月 日

（送信先） 魚沼市立小出病院地域医療連携室 FAX：（直通）025-793-7069

TEL：（代表）025-792-2111 （直通）025-793-7068

（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 | | 旧姓 | |
| | | 当院受診歴 | あり・なし |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | 年 月 日 | （ 歳） |
| 現住所 | 〒 _____ TEL _____ | | |
| 米ねっと加入 | （あり なし） | | |

| | |
|-------|---------------------|
| 希望受診日 | （あり なし） 令和 年 月 日（ ） |
| 希望診療科 | |
| 希望医師 | ※医師指定の場合のみご記入ください。 |

<診療受付時間>

月曜～金曜 8：30～11：00 13：00～16：00

※ 土・日・祝日・12/29～1/3は休診です。

※ 診療科によって受付時間が異なります。詳しくは「外来診療医師等一覧」をご覧ください。

<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

※ FAX 受付時間外の FAX については、翌診療日 9：00 以降の返信となります。

※ 折り返し『予約連絡書』を FAX にて送信いたしますので患者さんへお渡しく下さい。

※ 当日受診希望の FAX は診療受付時間内に来院可能な場合にお願ひします。予約ではなく、受付順番での診察となります。『予約連絡書』の返信はいたしません。

※ 診療上、急を要する場合は担当診療科の医師へご連絡ください。診療受付時間外の救急対応は救急外来にて対応いたしますので、救急外来へご連絡ください。

※ ご希望の医師が不在の場合は、ほかの医師が担当させていただきます。