

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 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 麻酔科 呼吸器外科 循環器内科 循環器外科 リウマチ科 リハビリテーション科 特殊外来() | | |
| 医 師 名 | | | |
| 受診希望日 | 平成 年 月 日 時頃 | | |
| | 平成 年 月 日 時頃 | | |
| 受診目的 | | | |

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。

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)