

美祢市立病院 紹介患者診療予約申込書

美祢市立病院 地域連携室 行 (FAX : 0837 - 54 - 2111)

申込日(FAX 送信日) 令和 年 月 日

ご紹介元医療機関 : _____ 医師氏名 : _____

TEL : _____ FAX : _____

ご紹介患者情報

フリガナ

氏名 : _____ (男・女) 生年月日 : 年 月 日 歳

当院受診歴 ☐あり ☐なし ☐不明

希望受診科 ☐総合診療科 ☐外科 ☐脳神経外科 ☐整形外科 ☐その他の科

受診希望日 ☐ 本日希望 (緊急)
☐ ① 月 日 曜日 ② 月 日 曜日
☐ 希望日はないが早めの受診を希望
☐ 都合の悪い日・曜日 ()

来院方法 ☐救急車 ☐介護タクシー ☐病院車または施設車 ☐自家用車 ☐その他

付添 ☐あり (お名前 : _____ 続柄 : _____) ☐なし

入院希望 ☐あり ☐なし

※受付時間は、平日 8:30 ~ 17:00 です。土日祝日および年末年始は予約受付業務を行っておりません。
時間外に送信いただきました診療予約申込書につきましては、翌開院日にすみやかに対応させていただきます。
※本紙 (診療予約申込書) と診療情報提供書を一緒に FAX 送信願います。
予約日時が確定しましたら、こちらから診療予約票を FAX 送信いたします。
※本日希望の場合、受け入れ確定のご連絡を差しあげましたら、すみやかにご来院ください。
※ご来院時にマイナンバーカードまたは健康保険証、お薬手帳をご持参くださいますようお願いいたします。
※入院の適否は、受診後担当医の判断になりますので、ご希望に添えない場合はご容赦ください。
※診療結果次第では、当院での対応が困難で他院へ紹介や搬送になる可能性があります。
※その他の科 (非常勤医師) のご依頼は、ご希望に添えない場合がございます。
※ご不明な点がございましたら、地域連携室までご連絡ください。(直通 TEL : 0837 - 54 - 2110)