外来診療予約依頼票（ＦＡＸ用）

矢掛町国民健康保険病院

地域医療連携室　宛　（ＦＡＸ：０８６６－８２－１３５５）

※個人情報のため、取り扱いにご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名  医師名  　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生 | |
| 電話番号　（　　　　　）　　　　－ | ＦＡＸ番号　（　　　）　　　－ |

◆希望の診療科・医師名・受診日をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | 科 |
| 医師名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望受診日 | 第１希望　　　月　　　日　　午前・午後　　　時  第２希望　　　月　　　日　　午前・午後　　　時  第３希望　　　月　　　日　　午前・午後　　　時 |

|  |
| --- |
| 主訴および傷病名・紹介目的 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名　　　　　　　　　　　様 | 男  ・  女 | 生年月日 | 明・大  昭・平　　　　年　　　月　　　日 |
| 患者連絡先　ＴＥＬ（　　 ）　　　－ | | | 当院受診歴　　あり ・ なし |

※　お電話でも受付しております。

※　ＦＡＸ受付時間は、月曜～金曜8:30～17:15となります。

※　貴院よりＦＡＸが送付されましたら、当院から‘外来診療予約票’をＦＡＸいたします。

※　診療状況によっては、予約時間に診察できないこともありますのでご了承ください。

※　用紙がなくなりましたら、地域医療連携室までお申し出ください。

矢掛町国民健康保険病院　地域医療連携室

（TEL　0866-82-1351　FAX　0866-82-1355）