

外来診療予約依頼票（F A X用）

矢掛町国民健康保険病院

地域医療連携室 宛 （F A X：0 8 6 6－8 2－1 3 5 5）

※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	先生
電話番号 （ ） —	F A X 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 T E L （ ） —			当院受診歴 あり ・ なし

- ※ お電話でも受付しております。
- ※ F A X 受付時間は、月曜～金曜 8:30～17:15 となります。
- ※ 貴院より F A X が送付されましたら、当院から‘外来診療予約票’を F A X 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）