



FAX : 01654-3-3107

名寄市立総合病院 診療予約申込書

送信日 年 月 日

【送信先】

名寄市立総合病院 患者総合支援センター 宛
 〒096-8511
 北海道名寄市西7条南8丁目1番地
 TEL: 01654(3)3101(代表)
 FAX: 01654(3)3107(直通)



【紹介元医療機関】

医療機関名 :
 住所 :
 電話番号 :
 FAX番号 :
 医師氏名 :
 連絡担当者 :

本用紙と診療情報提供書をFAXでお送りください。受診日時が決まり次第「予約受付票」を折り返しFAXいたします。

※ 緊急の場合 は、この申込書を使用せず、直接該当診療科にお問い合わせください。

フリガナ			性別
氏名	様		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		(歳)
住所			電話 ()
希望診療科	科		希望医師がいる場合 医師
希望受診日時	① 年 月 日()曜日 時 分	② 年 月 日()曜日 時 分	
紹介元現状	<input type="checkbox"/> 紹介元病院入院中		<input type="checkbox"/> 紹介元病院通院中
患者さんは、 <input type="checkbox"/> 外来でお待ちです。 <input type="checkbox"/> 帰宅されました。			
傷病名			
既往歴・家族歴・アレルギー有無			
依頼目的・症状経過・検査結果・その他			

- ・診療情報提供書(紹介状原本)、検査資料は受診当日ご持参ください。
- ・呼吸器内科は事前に画像データを送付いただいた後の予約調整となります。お返事に数日いただきますのでご了承ください。
- ・16:00以降、土日祝日の受信分は翌診療日に対応させていただきます。
- ・希望日時に予約ができない場合はご連絡の上調整させていただきます。
- ・救急搬送があった場合や当日の混雑状況によっては、診察までお待ちいただく場合がございます。
- ・迅速な処理を行います。万が一返信がない場合はご一報ください。