

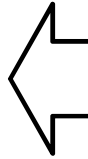
FAX: 01654-3-3107



# FAX送信票・名寄市立総合病院 診療 予約申込書

## 【送信先】

送信日 令和 年 月 日  
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 :

※ 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。  
※ 診察状況によっては長くお待ちいただく場合がございます。予めご了承ください。

## 【受診者】

フリガナ		性別
氏名	様	男・女
生年月日	明・大・昭・平 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
紹介元現状況	<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。

## 診療情報等

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
※ 患者さんに、診療情報提供書(紹介状原本)、検査資料を当日持参させるようお願いします。

※ 16:00以降の予約受付は受診科によりお返事が翌日になる場合がございます。

## 【予約時のご注意】

- ・本用紙をFAXでお送りください。受診日時が決まり次第「予約受付表」を折り返しFAXいたしますので患者様にお渡しください。
- ・希望日時に予約枠が満杯の場合はご連絡の上、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、診察まで患者様をお待たせする場合がございます。予めご了承ください。
- ・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。