

県立延岡病院 医療連携科予約専用 FAX:0982-32-6729(直通)

診療予約申込書(ファックス用)

平成 年 月 日

____科 _____医師
予約希望日 第1() 第2() 第3()

ご希望に添えない場合は県病院で日にちを設定いたします。患者さんの都合が悪い日がありましたら、下の()内にご記入ください。

()

◇患者さんの状況について

貴院にてお待ちですか？又は入院中ですか？

(はい ・ いいえ ・ 入院中)

◇その他希望があればご記入ください。

()

紹介医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

診療科:

医師名:

フリガナ	性別	男 ・ 女
患者氏名	(旧姓)
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日
住所	TEL ()	—
県立延岡病院受診歴	有 ・ 無	

保険者番号	
被保険者証記号番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

病名:	希望検査名:
主訴・所見・経過など(紹介状のコピーを添付していただいても結構です)	

FAX受付時間 平日 8:30~16:30

- *16時30分以降及び土・日・祝日にお受けしたFAXについては、原則として翌診療日の午前中にお返事します。
- *当日の予約は受け付けておりません。翌診療日以降の予約が可能です。
- *緊急性の高い患者さんは、ご利用できません。
- *上記時間内であればFAX受付後30分以内に予約通知書を送信しますので、患者さんにご連絡いただきますようお願いいたします。
- *お申込後30分以上経過しても連絡が無い場合は、お手数ですがお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

県立延岡病院 医療管理部 医療連携科

〒882-0835 延岡市新小路2-1-10

TEL 0982-32-6202(直通)

R I 予約申込書(ファックス用)

平成 年 月 日

予約希望日 第1 () 第2 () 第3 ()

ご希望に添えない場合は当院で日にち設定いたします。都合の悪い日があれば下記の()にご記入ください。
()

※予約申込後のキャンセルは原則としてお受けできませんのでご注意ください。

患者様の状況について

現在、貴院にてお待ちですか？
(はい いいえ)

その他希望あればご記入ください
()

紹介医療機関名:
所在地:
TEL:
FAX:
診療科:
医師名:

フリガナ	性別	男・女
患者氏名	(旧姓)
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
住所	TEL ()	—
県立延岡病院受診歴	有・無	

保険者番号	
被保険者証記号番号	
被保険者との続柄	本人・家族

病名	依頼内容
主訴・所見・経過など (紹介状のコピーを添付していただいても結構です) (外来患者 入院患者)	()骨シンチ
	()Gaシンチ
	()甲状腺シンチ Tch・TI
	()脳血流シンチ
	()131 I-アドステロール副腎シンチ
	()その他 ()

FAX受付時間 平日 8:30~16:30

- * 16時30分以降及び土・日・休日にお受けしたFAXについては、翌診療日に連絡いたします。
- * 当日の予約は受け付けておりません。翌診療日以降の予約になります。

県立延岡病院 医療連携科
〒882-0835 延岡市新小路2-1-10
TEL 0982-32-6202 (直通)