

# 予約FAX 0982-32-6729

## 診療予約申込書(ファックス用)

令和 年 月 日

受診希望科	科	希望医師 ※希望がある場合のみ 記入	先生
受診希望日	第1	令和 年 月 日 ( )	
	第2	令和 年 月 日 ( )	
	第3	令和 年 月 日 ( )	
	都合の悪い日( )		

※ご希望に添えない場合は当院で日にちを設定いたします。都合の悪い日がありましたら、( )内に記入下さい。

◆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。

( )

紹介元医療機関名:	
所在地:	
TEL:	
FAX:	
診療科:	医師名:
担当部署:	担当者:

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓)		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月 日
住所	TEL ( )		
県立延岡病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

### 診療情報提供書を必ず添付してください。

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以降にお返事します。

\*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となります。

**\*転院依頼・緊急性の高い患者さんは、直接診療科医師へご相談ください。**

**\*再診予約につきましては、各診療科へご相談下さい。**

\*予約取得後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。

\*診療情報提供書の原本は、患者さんへお渡しし、受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。

【お問い合わせ先】

県立延岡病院 患者支援センター

〒882-0835 延岡市新小路2-1-10

TEL 0982-32-6202(直通) 0982-32-6181(代表)