

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いたします。

【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)