

新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院
受診予約申込書
FAX:025-777-5030

2016/07 更新

※この予約申込書をご記入の上、紹介状(診療情報提供書)と一緒にFAXしてください。
 (紹介状に書式の指定はありません)

申込日:平成 年 月 日

フリガナ			
氏名		紹介元 医療機関	
性別	男 ・ 女		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	医師氏名	
住所	〒	所在地	
電話番号	①	電話番号	
	②	FAX番号	
当院受診歴	無 ・ 有	うおぬま・米ねっとID	

紹介情報 ※紹介状(診療情報提供書)を併せてFAXしていただければ、主傷病名・紹介目的は記載省略で結構です。

主傷病名			
紹介目的			
受診希望日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望日 ①()②()③()		
受診希望診療科	科	希望 医師名	医師
持参資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 画像データ/レントゲン <input type="checkbox"/> その他()		
保険外	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 交通事故 (左記に当てはまる場合は□にチェックを記入してください。)		

- * 受診希望外来、医師等がある場合でも、やむを得ず医師が交代する場合があります。
- * 受診希望医師のご指定がない場合は、当日診療予定のある医師が担当いたします。
- * 一部の診療科において、予約待機期間が長期化することがあります。

【お願い】

画像データ(CD-R)の事前送付にご協力ください

※画像データ(CD-R)は診察前に取り込むため、当日持参の場合は待ち時間が長くなる場合があります。
 ※レントゲン・フィルムなどは当日の持参で結構です。

【受診予約申込書送付について】

- * FAX受付時間 平日午前9時～午後4時 (左記時間外のFAXは翌診療日以降の返信となります。)
- * 予約申込書受付後、概ね30分以内に、当院より予約受付票をFAXいたします。
 お手数ですが患者様へお渡しください。
- * 診療上、急を要する場合は、担当診療科の医師に直接ご連絡ください。

【お問い合わせ】

新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院
 地域医療部 患者サポートセンター
 電話:025-777-3200(代)
 直通:025-788-0583 fax:025-777-5030