

← (送信方向)

専用FAX 025-777-5030

魚沼基幹病院 患者サポートセンター 宛
TEL 025-777-3200(代)

<発信医療機関>

所在地	
名称	
TEL	
FAX	
診療科	
医師名	
連絡担当者名	

受診予約申込書

※急を要する場合には、患者サポートセンターに直接ご連絡ください。
※紹介状とあわせてFAX送信をお願いします。

予約申込受付時間
平日 9:00 ~ 16:00
(上記時間外のFAXは翌診療日以降の返信となります)

申込日	令和 年 月 日	フリガナ		米ねっとID	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
		<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日	
住所	〒 -			電話番号	- -
◆患者さんの状態についてチェックをお願いいたします。					
<input type="checkbox"/> 緊急性あり(救急車で来院) <input type="checkbox"/> 緊急性あり(本日の受診) <input type="checkbox"/> 緊急性なし					
傷病名・紹介目的					
貴院に入院中ですか <input type="checkbox"/> はい (月 日 退院予定) <input type="checkbox"/> いいえ				魚沼基幹病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

外来担当医一覧表をご参照いただき、診療科に○をつけてください。

診療科	総合診療科	循環器内科	内分泌・代謝内科	血液内科	腎臓内科	リウマチ・膠原病科	呼吸器・感染症内科	消化器内科	脳神経内科	精神科	小児科	消化器外科	乳腺外科	心臓血管外科	呼吸器外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科	矯正歯科	歯科口腔外科	左記以外()
外来予約受付日	火	月 金	第2火曜 金以外	金	月・水・木・金	月	月 金	月 金	月・火・水・金	月・火・水・金	月 金	月 金	火・水・金	火	月・水・金	月 金	月 金	月 金	火・水・木・金	月・水・金	第1・3木曜 金以外	月 金	水	月・火・木・金)

受診希望

() 日以内に

希望日

月 日

月 日

月 日

いつでもよい

患者さんから当院に連絡
※1週間以内に予約連絡をお願いします

持参資料※

なし

採血結果

画像データ

その他 ()

※外来や医師の都合により、ご希望に沿えないことがあります。

※画像データは、事前にご送付いただけますようご協力をお願いいたします。

当日お持ちいただきますと、診察前に取り込みを行うため、患者さんの待ち時間が長くなる場合があります。

※本申込書受付後、概ね30分以内に予約案内票をFAXいたします。内容をご確認のうえ、患者さんにお渡しください。