

← (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。

申込日	令和 年 月 日					
フリガナ			米ねっとID	☐ 有 () ☐ 無		
氏名		旧姓	性別	☐ 男性	生年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
				☐ 女性		年 月 日
住所	〒 - -					電話番号 ※緊急時につながる番号をご記入ください
◆患者さんの状態についてチェックをお願いいたします。 ☒ 緊急性あり(救急車で来院) ☐ 緊急性あり(本日の受診) ☐ 緊急性なし						

傷病名・ 紹介目的					
貴院に入院中ですか ☐ はい (月 日 退院予定) ☐ いいえ					魚沼基幹病院受診歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 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	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（ ）
	月〵金	月〵金	第2月〵金 火曜以外	月・金	月・水・木・金	月・水・金	月〵金	月〵金	月・火・水・金	月・火・水・金	月〵金	月〵金	第2・4月〵金 火曜のみ	月・水・金	月〵金	月〵金	月〵金	水・木・金	月・水・金	第1・3木曜以外 月〵金	月〵金	水	月・火・木・金	
外来予約受付日																								

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。 ※リウマチ・膠原病科は「腎臓内科」、乳腺外科は「消化器外科」と表示されます。
※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。