

← (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	(旧姓)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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。					
<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	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	月・金	月・金	第2火曜以外 月・金	月・金	月・水・金	月・水・金	月・金	月・水・金	月・火・水・金	月・火・水・金	月・金	第2・4月曜のみ 月・火・金	月・水・金	月・水・金	月・水・金	月・水・金	水・木・金	月・水・金	第1・3木曜以外 月・金	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。 ※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。