

山陰労災病院 紹介患者予約申込書

FAX 0859-35-4348

受診希望科				
科		医師 (担当医師への連絡 有・無)		
紹介元医療機関				
名称・所在地(ゴム印可)		依頼日	年 月 日	
電話				
医師氏名		FAX		
受診希望日	第一希望	令和 年 月 日		
	第二希望	令和 年 月 日		
	第三希望	令和 年 月 日		
患者情報	フリガナ		旧姓 ※ある場合	
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒		
	電話番号		携帯番号	
保険情報	保険者番号	本人・家族	本人 ・ 家族	
	記号	公費番号		
	番号	受給者番号		

情報提供書は作成出来次第FAXでお送りください。(原本は当日お持ちください)

<主訴または傷病名> ※診療情報提供書を同時にお送りいただけない場合は、必ずご記入ください。

〈お願い〉

救急患者については**直接当院診療科**へお問合わせください。(代表0859-33-8181)

紹介患者予約は本申込書をご使用願います。(電話での申込みは受付しておりません。)

予約取得の際は外来診療担当医師表をご確認ください。

受付日(月～金)の**16時45分まで**に本申込書を送信いただければ当日中に予約票をお送りいたします。

受付時間外(平日16時45分以降・土曜・日曜・祝日)のお申込みは翌診療日の対応となります。