

魚沼市立小出病院
紹介患者事前予約申込書（FAX 送信票）

（送付日）平成 年 月 日

（送信先）魚沼市立小出病院地域医療連携室 **FAX：(直通) 025-793-7069**

TEL：(代表) 025-792-2111 (直通) 025-793-7068

（送信元）医療機関名： _____ 医師名： _____

所在地： _____

TEL : _____ FAX : _____

（患者情報）

フリガナ		性 別	男・女
患者氏名		旧 姓	
		当院受診歴	あり・なし
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ 歳）		
現住所	〒 _____ TEL _____		

希望受診日	（ あり なし ） 平成 年 月 日（ ）
希望診療科	
希望医師	※医師指定の場合のみご記入ください。

<診療受付時間>

月曜～金曜 午前 8：30～11：00 午後 13：00～16：00

※ 土・日・祝日・12/29～1/3は休診です。

※ 診療科によって受付時間が異なります。詳しくは「外来診療医師等一覧」をご覧ください。

<事前予約申込書について>

※ 紹介状を併せて送信してください。

※ FAX 受付時間 平日 9：00～16：00

※ FAX 受付時間外の FAX については、翌診療日 9：00 以降の返信となります。

※ 折り返し『予約連絡書』を FAX にて送信いたしますので患者様へお渡してください。

※ 当日受診希望の FAX は診療受付時間内に来院可能な場合にお願います。予約ではなく、受付順番での診察となります。『予約連絡書』の返信はいたしません。

※ 診療上、急を要する場合は担当診療科の医師へご連絡ください。診療受付時間外の救急対応は救急外来にて対応いたしますので、救急外来へご連絡ください。

※ ご希望の医師が不在の場合は、ほかの医師が担当させていただきます。