

**県立日南病院 初診予約申込書**(内科・外科・小児科・耳鼻咽喉科のみ)

**患者支援センター FAX : 0987-21-1680**

FAX受付時間 平日 8:30~16:00

申込日: 令和 年 月 日

受診希望科	<input type="checkbox"/> 内科 ( <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 ( <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
受診希望日	第1希望日: 令和 年 月 日 ( )    第2希望日: 令和 年 月 日 ( ) 第3希望日: 令和 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 受診希望日なし

○患者さんの状況について

貴院に入院中ですか？

はい    いいえ

○その他

希望があればご記入下さい

( )

紹介元医療機関名			
所在地			
TEL			
FAX			
予約担当者			
診療科		担当医師	

ふりがな		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓 )	計測日: 月 日
		身長:    cm    体重:    kg (外科手術目的のみ必須)
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令    年 月 日生 ( )歳	
住 所		TEL :

**診療情報提供書を必ず添付してください**

※16:00以降及び土・日・祝日にお受けしたFAXについては、原則として翌診療日以降のお返事となります。

※当日の予約は受け付けておりません。翌診療日以降の予約となります。

※予約取得後に予約通知書を送信しますので、患者さんにご連絡頂きますようお願いいたします。

※診療情報提供書の原本は、患者さんへお渡しし、受診当日にお持ち頂きますようお願いいたします。

※緊急性の高い患者さんは、直接診療科へご相談ください。(代表)0987-23-3111

【お問い合わせ先】 県立日南病院 患者支援センター

〒887-0013 日南市木山1丁目9番5号

TEL: 0987-21-1637(直通)

-----  
**【県立日南病院記入欄】**以下は本院使用欄です。記入は不要です。 ID: \_\_\_\_\_

受診診療科 \_\_\_\_\_  
 受 診 日 令和 年 月 日 ( )

担 当 医 \_\_\_\_\_  
 受 診 時 間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分