（様式1）

県立日南病院　初診予約申込書

（内科・脳神経内科・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	内科（☐呼吸器　☐腎臓　☐膠原病　☐内分泌　☐その他）　☐脳神経内科 ※循環器内科は予約不要です。必ずいずれかにチェックをつけてください。 外科（☐消化器　☐乳腺　☐呼吸器　☐その他）　☐小児科　☐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（　）☐受診希望日なし

〇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

〇その他

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：☐男　☐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	☐大　☐昭　☐平　☐令　　年　　月　　日生（　　）歳	
住　所		TEL　：

<u>診療情報提供書を必ず添付してください</u>

※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伝えください。

※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 ＿＿＿＿＿＿　担　当　医 ＿＿＿＿＿＿

受　診　日 令和　　年　　月　　日（　）　受診時間　　時　　分