

# 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 ( <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"/> 脳神経内科<br>※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。<br>外科 ( <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 小児科 <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 ( )<br>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 )   |   |
| 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