

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

○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 : ☐ 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 :

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

受 診 日 令和 年 月 日()

担 当 医

受 診 時 間 時 分