

診療予約申込書

島根県済生会江津総合病院

年 月 日

地域医療連携室 御中

ご紹介元医療機関

TEL : 0855-54-0101 (代)

FAX : 0855-54-0164 (連携室直通)

: 0855-54-0172 (救急外来直通)

医療機関名:

所在地:

医師氏名:

TEL/FAX 番号:

患者様は貴院でお待ちですか → はい ・ いいえ

フリガナ

患者氏名 男 ・ 女

患者住所

電話番号 () -

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

* 担当医師は原則受診希望日の外来担当医師とさせていただきます。外来担当医一覧表をご確認ください。

受診希望日	第一希望	月	日	()	時頃
	第二希望	月	日	()	時頃
	第三希望	月	日	()	時頃
受診希望科	科	医師名	医師		

●当日の予約は行っておりませんので外来にお問い合わせください。

●診療情報提供書を添付しFAX送信してください。

(必ず診療情報提供書を添付ください。)

疑い病名:

☐ 診療情報提供書参照

☐ 紹介目的及び病状経過

診療情報提供書のまめネットによる送付

有 ・ 無

◎緊急な診察または即日入院が必要な場合は、この申込書を使用せず、

救急外来へ直接連絡をお願いします。

TEL : (0855) -54-0101 (代表) FAX : 0855-54-0172 (救急外来直通)

★FAX 予約受付時間 平日 8 : 30 ~ 16 : 00

※予約受付時間を過ぎてのお申し込みは、翌診療日のお返事とさせていただきますのでご了承ください。

※折り返し、「診療予約受付票」を FAX いたしますので、患者様へお渡ししてください。