

診療予約申込書

伊万里有田共立病院

科宛

先生

申込日 20 年 月 日

紹介元医療機関

上記医師と	<input type="checkbox"/> 連絡済	<input type="checkbox"/> 未連絡
地域医療連携室と	<input type="checkbox"/> 連絡済	<input type="checkbox"/> 未連絡

診療希望日					
①	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
②	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
③	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
④	いつでも可				
⑤	その他 ()				

名称	
住所	
TEL	
FAX	
診療科	
医師名	®

紹介目的	<input type="checkbox"/> 一般受診 <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 検査 () (検査予約希望日 年 月 日 時 分)	【特記事項】 例:検査(胃カメラ)・・・鎮静下で希望 等
------	--	---------------------------------

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所 〒
患者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)	TEL

傷病名 紹介目的	
-------------	--

伊万里有田共立病院地域医療連携室(直通)

TEL 0955-46-5186

FAX 0955-46-2160

予約受付時間 : 平日8:30~16:30

- FAXでのお申込みは24時間受付ておりますが、16時30分以降、土・日・祝日の分については、翌診療日の取扱いとなります。
- 翌診療日を希望の場合は、原則として前日(月~金)の15時までにお問い合わせいたします。
- 希望された医師が不在の際は、他の専門医が診察させていただく場合がございます。

診察予約の流れ

- 診察予約申込書をFAXにてお送りください。事前に診療録をご用意いたします。なお診察科・紹介医師まで指定される場合は申込書にご記入ください。診察科のみの場合はこちらで担当医を調整させていただきます。
- 受信後、直ちに診療予約票をFAXにて送付いたします。患者様に診療予約票と紹介状(診療情報提供書)をお持ちください。

事前予約以外の場合は当該診療科にて対応致しますので
代表電話へご連絡頂き、診療科をお伝えください。
(代表:0955-46-2121)