

県立宮崎病院 患者支援センター 予約票

FAX予約 0985-38-4166

診療予約申込書(ファックス用)

令和 年 月 日

受診希望診療科		科	医師指定 ※指定がある場合のみ 記入		先生
受診希望日	第1:			令和 年 月 日 ()	
	第2:			令和 年 月 日 ()	
	第3:			令和 年 月 日 ()	
	都合の悪い日()				

○患者さんの状況について

貴院には入院中ですか？

はい いいえ

○その他希望があればご記入ください。

()

紹介元医療機関名:		
所在地:		
TEL:		
FAX::		
診療科:		担当医師
予約担当者:		

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"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令	年	月	日
住所	TEL:							
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明					

保険者番号	
被保険者証記号番号	
被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

診療情報提供書を必ず添付してください。

FAX予約受付時間 平日 8:30~16:15

※16:15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降りません。翌診療日以降の予約となります。

※緊急性の高い患者さんは、直接診療科医師へご相談ください。

※上記時間内であればFAX受付後、予約通知書をFAXで返信しますので、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、患者さんへお渡し受診当日にご持参頂きますようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

県立宮崎病院 患者支援センター FAX予約

〒880-8510 宮崎市北高松町5-30

TEL: 0985-38-4158 (直通)

0985-24-4181 (代表) (内線: 2132)