

さぬき市民病院 診療依頼FAX用紙 <地域医療連携室>

(FAX番号 0879 - 43 - 1530)

平成 年 月 日

紹介元医療機関

医師名

電話番号

FAX 番号

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	男・女	年 月 日	歳
希望受診科	科	希望医師名	
希望予約日	平成 年 月 日	(午前・午後)	
受診依頼内容			

これより下を切り離して患者さまにお渡しください。

さぬき市民病院 来院日時の予約用紙

様 の上記診療について、次のとおり診療予約をさせていただきました。

1: ID 番号	
2: 予約日時	平成 年 月 日 () 時 分
3: 診療科	科 担当医師名
4: 注意事項	

受診時には【 紹介状・健康保険証 or 後期高齢者保険証 】

【 来院日時の予約用紙 】、当院の受診歴がある方は【 診察券 】をご持参ください。

来院時には受付を済ませて頂き、受付窓口左側の地域医療連携室までお越しください。
診療科までご案内させていただきます。

診療予約日に来院できなくなった場合は、下記の地域医療連携室までご連絡ください。

地域医療連携室長 (石井 美千代)

お問い合わせ先：さぬき市民病院 地域医療連携室 電話番号 0879 - 43 - 2604 (直通)
FAX番号 0879 - 43 - 1530 (直通)

来院時間		診察開始時間	
------	--	--------	--