

申込日 令和 年 月 日

上越総合病院 受診予約申込書(FAX)

申込み受付時間：平日午前8時30分から午後4時

FAX：025-524-3140

お申し込みの際は必ず診療情報提供書(紹介状)の添付をお願いいたします

【紹介患者情報】

ふりがな			当院受診歴
氏 名	旧 姓 ()		有 ・ 無
生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年 月 日	(歳)
住 所	〒 — —		
連絡先	— —		本人・家族・施設等

【紹介受診科】

希望される診療科にレ点チェックを入れて下さい

☐	総合診療科	☐	消化器内科	☐	呼吸器内科	☐	腎臓内科	☐	血液内科
☐	内分泌内科	☐	膠原病内科	☐	睡眠時無呼吸	☐	神経内科	☐	循環器内科
☐	小 児 科	☐	産婦人科	☐	外 科	☐	乳腺外科	☐	脳神経外科
☐	呼吸器外科	☐	耳鼻咽喉科	☐	眼 科	☐	整形外科	☐	泌尿器科
☐	皮膚科	☐	形成外科	☐	放射線治療科	☐	歯科口腔外科	☐	

【受診予約の手続き】

希望される予約方法にレ点チェックを入れて下さい

☐	貴院と当院での受診予約を希望	貴院FAX番号：	—	—
・紹介内容を確認後、貴院へ予約確認票を返信いたしますので、紹介状と一緒に患者さまへお渡し下さい。 ・折り返しの返信は、概ね20分で対応いたします。お時間をいただく場合はご連絡いたします。ご了承ください。 (連絡事項) 患者様の不都合日と曜日				
☐	患者さまと当院での受診予約を希望			
・平日午前9時から午後4時までに病院代表番号にお電話を入れていただくよう、患者さまにお申し添え下さい。 ・患者さまと当院で直接予約の調整を行いますので、貴院でお待ちいただく必要はございません。				
患者さまの予約日が決定次第、貴院への連絡 希望する ・ 希望しない				

* 予約確認票の返信後、医師の判断によりやむを得ず診療科や予約日時の変更をお願いする場合がございます。

予めご了承下さいますようお願いいたします。

* 受付時間外のお申し込みは、翌診療日もしくは週明けにご連絡を差し上げます。

お問い合わせ：上越総合病院 患者サポートセンター 地域連携窓口

TEL:025-524-3000(代表)