

診療予約申込書

Fax用

伊万里有田共立病院

申込日 年 月 日

科宛 先生

上記医師と	連絡済・未連絡
地域医療連携室と	連絡済・未連絡

紹介元医療機関	
名称	
住所	
TEL	
FAX	
診療科	
医師氏名	㊟

診療希望日						
①	月	日	午前	午後	時	分
②	月	日	午前	午後	時	分

紹介目的	<input type="checkbox"/> 一般受診	男・女	住所 〒
	<input type="checkbox"/> 緊急入院		
	<input type="checkbox"/> 検査 () 【予約済・未予約】	フリガナ 患者氏名 生年月日 年 月 日生 (才)	
	(検査希望予約日 年 月 日 時 分)		
保険者番号		公費負担番号	
被保険者の記号・番号		公費負担受給者番号	
被保険者名・続柄(本人・家族)		負担割合	割

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時間受付けておりますが、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。

診療予約の流れ

- ① 診療予約申込書を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。
- ② 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)をお持たせください。

緊急(緊急入院)を要する患者様、及び受診後、直入院が予測される患者様(重症例等)については、地域医療連携室を介さず当該診療科に直接ご連絡ください。
(代表：0955-46-2121)