診療予約申込書

送信日　　年　　月　　日

お手数ですが、必要事項をご記入の上、診療情報提供書とあわせて本紙をFAXでお送りください。

『送信先』

町立津南病院　地域連携室宛

〒949－8201
新潟県中魚沼郡津南町大字下船渡丁 2682 番地
TEL:025-765-3161(代表)
FAX:025-761-7710
(連携室直通)

送信枚数(送信票を含む)

枚

『ご紹介元(発信元)』

病院
診療科
担当医師
TEL ：
FAX ：

《 患者様情報 》　　□入院中

フリガナ
氏名
性別　□男性　□女性
生年月日　年　月　日　歳
住所 〒
電話番号・・・日中連絡がつきやすい電話番号・・・
(連絡先がご家族様の場合:お名前)

《希望診療科》医師の希望がある場合はご記入ください
□ 内科
□ 整形外科

・診察希望日
・連絡事項

※申込書を受付後、予約票をFAXにて返送いたしますので患者様へお渡しください