

FAX送信先 0856-32-3314 (益田赤十字病院地域医療係)

益田赤十字病院 予約連絡票

受付時間 (平日8:30~17:00) を過ぎての予約申込みのお返事は、翌日の連絡となりますのでご了承ください。

フリガナ			
患者様氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女
住所			
電話番号			
受診希望診療科 ※希望の科を○で 囲んで下さい。	・内科 (・総合診察 ・血液/免疫 ・内分泌/代謝 ・消化器 ・呼吸器) ・循環器科 ・神経内科 ・小児科 ・外科 ・脳神経外科 ・整形外科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・産婦人科 (完全予約制) ・耳鼻咽喉科 ・眼科 ・歯科口腔外科 ・救急科		
医師名	医師 <input type="checkbox"/> 指定なし		
受診希望日時	① 平成 年 月 日 時頃 ② 平成 年 月 日 時頃 ③ 希望なし		
緊急性	・ 有 ・ 無 (情報提供書のFAXもお願いします)		
症状 (簡単に結構ですので ご記入ください)			
来院時の交通手段 (救急外来受診の場合)	自家用車 ・ 救急車 ・ その他 ()		
紹介元医療機関名 医師名 住所 電話番号 FAX番号	(担当者名)		

益田赤十字病院 地域医療係

〒698-8501 島根県益田市乙吉町イ103-1

TEL 0856-22-1480 (代表)

0856-32-3312 (地域医療係)

FAX 0856-32-3314 (地域医療係)