

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、翌診療日の連絡となりますのでご了承願います。

フリガナ			
患者様氏名	様		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳	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 (・総合診療 ・血液/免疫 ・内分泌/代謝 ・消化器 ・呼吸器) (・膠原病リウマチ内科 ・感染症) ・循環器科 ・脳神経内科 ・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 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③ 希望なし (一番早く予約可能な日時で取得いたします)		
緊急性	有 無		
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 号 電 話 番 号 F A X 番 号	(担当者名)		

ご紹介ありがとうございました。
診療情報提供書 (紹介状) は作成され次第
FAX送信お願い致します。

益田赤十字病院 地域医療連携係
〒698-8501 島根県益田市乙吉町イ103-1
TEL 0856-22-1480 (代表)
0856-32-3312 (地域医療連携係)
FAX 0856-32-3314 (地域医療連携係)