

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<br>※希望の科を○で<br>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 ）<br>（・ 膠原病リウマチ内科 ・ 感染症 ）<br>・ 循環器科 ・ 脳神経内科 ・ 小児科 ・ 外科 ・ 脳神経外科<br>・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 産婦人科（完全予約制）<br>・ 耳鼻咽喉科 ・ 眼科（完全予約制） ・ 歯科口腔外科 ・ 救急科 |    |       |   |
| 希望医師                                              | 医師 <input type="checkbox"/> 指定なし                                                                                                                                                   |    |       |   |
| 受診希望日時                                            | ① 月 日 時頃 【その他ご要望】<br>② 月 日 時頃<br>③ 希望なし（最短日で取得いたします）                                                                                                                               |    |       |   |
| 診療目的                                              | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照<br><input type="checkbox"/> 紹介目的及び症状経過                                                                                                          |    |       |   |
| 救急外来受診の場合<br>来院時の交通手段                             | 自家用車 ・ 救急車 ・ その他（ ）                                                                                                                                                                |    |       |   |
| 紹介元医療機関名<br>医 師 名<br>住 所 号<br>電 話 番 号<br>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）

★確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。