公立置賜総合病院　予約センター　行　（FAX　0238-46-5722）

【診察予約申込書】

令和　　年　　月　　日

医療機関	名　称		TEL	（　　）
	医師名 歯科医師名		FAX	（　　）
	所在地			

患者情報	ふりがな		男 女	生年月日	大正　昭和　平成　令和	
	患者氏名	様			年　　月　　日（　　歳）	
	住所	〒　　－			TEL　　（　　）	
	保険情報	当院受診歴	有　・　無　　※受診歴がある場合は、保険情報記入不要です			
		保険者番号		本家	公費番号	
		記号・番号			受給者番号	

受診希望の診療科、検査に〇をお付けください。

受診内容	第１希望	月　　日（　　）：　　頃	第２希望	月　　日（　　）：　　頃
	内科（消化器）	整形外科	CT	（造影：あり・なし）
	内科（循環器）	形成外科		（部位：　　）
	内科（呼吸器）	脳神経外科	MRI	（造影：あり・なし）
	内科（腎臓・透析）	産婦人科		（部位：　　）
	内科（血液）	眼科	内視鏡（上部・下部）	
	内科（代謝・内分泌）	耳鼻咽喉科	超音波（心臓・腹部・その他）	
	神経内科	皮膚科	その他（　　）	
	小児科	泌尿器科	【備考】（希望医師・歯科医師・症状等を記載ください）	
	精神科	歯科口腔外科		
	総合診療科	放射線治療 （乳腺＊・その他） （入院・通院） ＊乳房温存術あるいは乳房全切除術後の予防照射の症例		
	外科			
	呼吸器外科			
	心臓血管外科			

※予約をお取りになられましたら、**早めに紹介状を予約センター宛てFAXでお送りください。**

※受付時間　：　月～金曜（祝日除く）の8時30分～17時　（受付時間以外のFAXは翌診療日に回答します。）

※当日の予約、及び17時以降の翌診療日の予約は受け付けておりません。

公立置賜総合病院　予約センター
〒992-0601　山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地
TEL：0238-46-5700　　FAX:0238-46-5722

2022.4