

越谷市立病院 病診連携予約申込書

越谷市立病院		紹介元医療機関名、所在地等		年	月	日	
科		先生					
予約希望日		TEL	()				
第1希望 年 月 日 ()		FAX	()				
第2希望 年 月 日 ()		診療科					
		医師名					
フリガナ					性別		
患者氏名	(旧姓)				男・女		
住 所			生年 月日	歳			
電話番号	自宅 ()	携帯	()				
越谷市立病院受診歴	有	無	ID 番号	— —			
傷病名							
紹介目的	精査	手術	入院	その他()			
《FAX番号》							
048-965-5222							
※希望日に受診できない場合がありますがご了承ください。							
《FAX受付時間》							
月曜日から金曜日 午前9時から午後5時まで							
※FAXは午後5時以降も受け付けますが、診療予約等のご連絡は翌日となります。							
また、翌日が休日(土・日・祝日)の場合は休日明けのご連絡となります。							
《休 診 日》							
土曜日、日曜日、祝日、休日、年末年始							
【医事課・医療連携室】							
業務時間：午前8時30分から午後5時まで							
TEL：048-965-2221(内線3135・3114)							
※右記の欄は当院が使用しますので記入しないで下さい。				受付日			/