

越谷市立病院 病診連携予約申込書

①FAX送信用

越谷市立病院		年 月 日	
		紹介元医療機関名、所在地等	
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	年 月 日(歳)	
電話番号 自宅 ()	携帯 ()		
越谷市立病院受診歴	有 ・ 無	I D 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 /
----------------------------	-------