

北松中央病院 外来予約申込書 (FAX専用)

FAX : 0956-73-1157 連携室直通

年 月 日

紹介元 医療機関	医師名	
連絡先	TEL :	FAX :

依頼者 ()

フリガナ 患者氏名	様		男・女
生年月日	T S H	年 月 日	歳
住所			
連絡先	TEL :	携帯 :	(続柄)
受診希望日	月 日 ()	受診目的 :	

◆ 希望する科、または医師に○をお付けください。(太字は新患担当)

	月	火	水	木	金
呼吸器内科	徳永直紀	東山康仁	徳永直紀	東山康仁	東山康仁
循環器内科	田中規昭	福井 純	田中規昭	福井 純	※山佐稔彦
消化器内科	井上直樹	高森謙一	井上直樹	—	高森謙一
腎臓内科	鷲峯紀人	久原拓哉	久原拓哉	中沢有香	中沢有香
外科	—	—	—	※原田達郎	—
整形外科	—	※北原博之	※小西宏昭	—	—
脳神経外科(第1月)	※横山博明	—	—	—	—
CT MRI	担当医	担当医	担当医	担当医	担当医

※は非常勤医師です。

令和4年4月1日改定

◆原則として、平日、明日以降の予約となります。FAXで申込みお願い致します。

救急の際は直接、お電話ください。

◆受診日が決まりましたら「予約報告書」をFAXいたします。

内容をご確認のうえ、「予約票(患者さま用)」を切り取り、患者さまにお渡しください。

予約票なしで来院されたとしても受付は可能です。〈当日持参していただくもの〉を、患者さまにお伝えください。

◆希望された日に予約が取れない場合は、折り返しご相談させていただきますのでご了承ください。

◆診療情報提供書も(できしだい)FAXお願いします。

地方独立行政法人 北松中央病院 地域連携室

電話 : 0956-65-3101