

県立延岡病院 初診予約申込書
【歯科口腔外科】

令和 年 月 日

FAX 0982-32-6729 (診療予約専用)

悪性腫瘍を疑いますか？ ☐ はい ☐ いいえ ※必ずチェックをお願いします		都合の悪い日
受診希望日	第1 : 令和 年 月 日 ()	
☐ 患者希望日	第2 : 令和 年 月 日 ()	
☐ 医師希望日	第3 : 令和 年 月 日 ()	
☐ 希望日なし		

※ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

※転院依頼・緊急性の高い患者さんは、直接診療科医師へご相談ください。

【紹介元医療機関名及び所在地】

病院名			
所在地			
電話			
FAX			
診療科		医師名	
担当部署		担当者名	

☐ セカンドオピニオン希望

◆患者さんの状況

貴院でお待ちですか？入院中ですか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 入院中

【患者情報】

フリガナ			性別	☐ 男	☐ 女
患者氏名			(旧姓)		
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	
住所			電話	()	
県立延岡病院受診歴 ☐ 有 ☐ 無					
測定日:		身長	cm	測定日:	体重 kg

診療情報提供書を併せてFAXでお送りください。

受付時間 平日 8:30~16:30

*16時30分以降及び土・日・祝日にお受けしたFAXについては、原則として翌診療日以降にお返事します。

*当日の予約は受け付けておりません。翌診療日以降の予約となります。

***再診予約につきましては、各診療科へご相談下さい。**

*予約取得後に予約通知書を送信しますので、患者さんにご連絡いただきますようお願いいたします。

*診療情報提供書の原本は、患者さんへお渡しし、受診当日にお持ちいただくようお願いいたします。

【お問い合わせ先】 県立延岡病院 患者支援センター

〒882-0835 延岡市新小路2-1-10

電話 0982-32-6202(直通) 0982-32-6181(代表)