

予 約 申 込 票

受付時間: 8:30~16:30
TEL: 0980-87-5557
FAX: 0980-87-5658(直通)

申し込み 診察予約 検査予約
予約希望日 月 日 (曜日)

診療科 _____ 科 _____ 先生
入院希望 (有 無)
検査項目 MRI・CT (単純・造影・その他)
超音波 (心臓・腹部・その他)
内視鏡 (胃・大腸・その他)

* 離島の方 *

船: 発 _____ 時 _____
病院着 _____ 時 _____
頃の予定

☆患者情報

八重山病院 ID <input type="checkbox"/> 有(ID _____) <input type="checkbox"/> 無	
ふりがな _____	性別 _____ 生年月日 _____ (明・大・昭・平)
氏名 _____	<input type="checkbox"/> 男 _____ <input type="checkbox"/> 女 _____ 年 月 日 (歳)
住所 _____	TEL(_____)

☆保険証のご記入をお願いします。

種類	保険者記号	記号・番号	被保険者との続柄
			1. 本人 2. 家族

(新患の場合は保険証のコピー添付をお願いいたします。)

送信日: 平成 年 月 日

紹介元	
かかりつけ医	名称: _____ 医師名: _____
TEL: _____	FAX: _____

【予約について】

- ① FAX送信をいただきますと予約日を基本的に20分以内に返信いたしますが、予約が重なったり・取り込み中は遅れることもありますのでご了承下さい。
- ② 16:30以降の予約は翌日10時まで、翌日が土・日・祝日の場合は休み明けの10時までに返信致します。
- ③ 当日受診の予約は承っておりません。(救急科のみ対応となります。)
各診療科(内視鏡・放射線科も含む)の外来日は受付後に外来窓口まで直接お越し下さい。

【緊急時の対応】

- ① 緊急を要する患者様の場合、平日8:30~17:00は地域連携センターにFAXならびに電話でご連絡下さい。
なお一刻を争う緊急時は直接 **救急室へ** お電話にてご連絡をお願いいたします。
- ② 時間外・土・日・祝日は、**救急室へ** FAXならびにお電話でご連絡下さい。

救急室 TEL:0980-87-5557 FAX:0980-87-5638(直通)

(地域連携センターは受付時間外の対応は致し兼ねますのでご了承下さい。)