

# 予 約 申 込 票(歯科専用)

沖縄県立八重山病院  
地域連携センター宛

受付時間: 8:30~16:30  
TEL: 0980-87-5557(代表)  
TEL: 0980-87-5278(直通)  
FAX: 0980-87-5658(直通)

予約希望日	第一( ) 第二( ) 第三( )
-------	-------------------

※希望日はなるべくご記入下さい。

## ☆患者情報

ふりがな		生年月日
氏名		(明・大・昭・平・令) 年 月 日 ( 歳)
住所		TEL( )

## ☆保険証のご記入をお願いします。(コピー可)

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: 令和 年 月 日

紹介元	
かかりつけ医 名称:	医師名:
TEL:	FAX:

## ☆下記項目いずれか にチェックをご記入下さい

患者さまが八重山病院に連絡する(0980-87-5557までご連絡ください)

八重山病院から患者さまに連絡する

※患者さまご紹介元に1週間たっても連絡が無い場合は、何かしらの不備が発生している可能性があるため、お手数ですが連携センターまでご連絡ください。

その他(詳細を下記にご記入ください。)

--

※ 14時以降の調整になります。

## 【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。

TEL:0980-87-5557(代表)

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。)