

ER専用
受診申込票

受付時間：8:30～17:00
TEL 0980-87-5557 (代表)
0980-87-5278 (直通)
FAX 0980-87-5658 (直通)

申し込み ■ 救急受診申込

受診希望日 本日 月 日 ()

診療科 _____ 科 ※専科： _____ 科
※専科がある場合はお書きください。

入院希望 (有 ・ 無)

来院方法 救急車
 自家用車・施設の車等
 介護タクシー
} 必ずどれか1つに
チェックを入れてください

* 離島の方 *	
船：発 _____ 発	
病院着 _____ 着	
頃の予定	

☆患者情報

八重山病院 ID	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無	
ふりがな		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
住所	電話番号		

☆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
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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		医師名	
TEL：		FAX：	

【救急受診について】

- ① 本申込票と紹介状一式を地域連携センターまでFAXでお送りください。
担当者が、担当の医師へお受け入れの確認をいたします。
- ② 担当の医師より、本日の救急受診の必要がなく、明日以降の外来受診の指示が出た場合は、そのまま地域連携センターで明日以降のご予約をお取りします。

※FAX送信をいただきましてから20分以内にお返事させていただきますので、当院への出発はお返事までお待ちいただきますようお願いいたします。なお、担当医が取り込み中などお返事をお待たせする場合には一報入れさせていただきます。

【時間外の救急対応について】

平日の時間外（8:30～17:00以外）、土・日・祝日は、救急室へ直接お電話ならびにFAXにてご連絡ください。
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。

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