

予約申込票

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

診療科 _____ 科 _____ 先生

入院希望 (有 ・ 無)

検査項目 MRI CT (単純 造影)
 超音波 (心臓 腹部 甲状腺)
 内視鏡 (胃 大腸)
 血圧脈波検査 肺機能検査

* 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 :	_____

【予約について】

- 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。
- 16:30以降の予約は翌日10:00まで、翌日が土・日・祝日の場合は休み明けの10:00までに返信致します。
- 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。)
救急以外で患者さまが当日受診を希望される場合は一度地域連携センターへお問い合わせいただくとスムーズです。
(内科は完全紹介制となっております。また、完全予約制で当日の対応が難しい診療科もございます)

【緊急時の対応】

- 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。

※救急専用申込票あり

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。

- 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 (救急室直通)

(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。)