

## 紹介患者 受診予約申込書（FAX送信票・歯科）

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信下さい。

受診希望日	第1（ ） 第2（ ） 第3（ ）
-------	-------------------

患者情報	宮古病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID： ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	▽診療情報提供書に記載ある場合は、省略可			
	フリガナ		TEL	
	患者氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	西暦 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒			

紹介元	医療機関名		
	TEL	FAX	申込担当者

★下記項目いずれかにチェックをご記入ください。

- 患者さまが宮古病院へ連絡する。

**予約専用ダイヤル：050-5865-9443**

- 宮古病院から患者さまへ連絡する。

※患者さま・紹介元に1週間たって連絡がない場合、FAXが届いてない等何らかの不備が発生している可能性がありますので、お手数ですが地域連携室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）

**【予約確定後の変更について】**

\* 予約変更する場合は、**【平日8:30~19:00】**までにご連絡ください。

**予約専用ダイヤル：050-5865-9443**

**【緊急時の対応】**

\* 平日8:30~16:30は、代表電話（0980-72-3151）より**口腔外科外来**へ直接、ご連絡ください。

\* 時間外・土・日・祝日は、直接、**救急室**へ FAXならびにお電話にてご連絡ください。

**TEL：0980-72-3151（代表）**

**FAX：0980-73-7945（救急室直通）**