

FAX : 0264-22-2638

長野県立木曽病院 外来受診申込書

年 月 日

フリガナ		性別
患者氏名		男性 ・ 女性
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
電話番号	① (携帯・自宅) ( ) - (続柄: )	
	② (携帯・自宅) ( ) - (続柄: )	

※確実に連絡のとれる番号をお書きください。  
※続柄が本人以外の場合は氏名も記載してください。

紹介元医療機関

医療機関名			
診療科		医師名	

診療希望

日時の指定	<input type="checkbox"/> 一週間以内	<input type="checkbox"/> 二週間以内	<input type="checkbox"/> 一ヶ月以内	<input type="checkbox"/> いつでも可
都合の悪い日				

※ 記載がなければ当院で指定日時を元に予約を取得します。

希望診療科 (下記から希望する診療科を選択してください。)

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 精神科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 児童思春期発達外来
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 相談外来	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
医師の指定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( 医師 )

お願い

- ・ 外来受診申込書と一緒に必ず診療情報提供書をFAXいただきますようお願いいたします。
- ・ 緊急の場合や当日の受診は外来へお電話をください。(代表: 0264-22-2703)
- ・ 診療科によってはご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。

長野県立木曽病院 患者サポートセンター

電話番号: 0264-22-2703 (代表) FAX番号: 0264-22-2638 (直通)