

フリガナ			
氏名	当院受診歴 有 ・ 無		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
住所			
電話		携帯電話	

受診を希望する診療科に○を付けて下さい。

内科	血液内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	心療内科	糖尿病内科	脳神経内科	総合診療科	外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	眼科	小児科	心臓外科	血管外科	ペースメーカー	女性診療科	禁煙外来
時間予約あり															時間予約なし						

主訴または傷病名

※診療情報提供書を同時にFAXいただけない場合は、必ずご記入ください。

診察希望医師 ※診察医の希望があればご記入ください		医師氏名	
受診希望日	第1希望	令和	年 月 日
	第2希望	令和	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	令和	年 月 日 以降の最短
	<input type="checkbox"/>	希望なし	

※予約票の返信に時間を要す場合は、事前に紹介元医療機関様へ連絡いたします。

紹介元医療機関

名称・所在地(ゴム印可)	依頼日 令和 年 月 日
	電話 _____
	FAX _____

日野病院 地域連携推進室

〒689-4504 鳥取県日野郡日野町野田332

受付時間 月～金(土日祝祭日・年末年始は除く)
8時30分～16時45分

連絡先 電話 0859-72-2714(直)
FAX 0859-72-0089