



医療機関⇄荘内病院

FAX 0235-26-5156

荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

令和 年 月 日

FAX予約は平日の17:00まで受付した分で、それ以後は翌日のお返事となります。
 ・当日の診療予約はお受けできませんのでご了承下さい。

荘内病院診察券番号

医療機関名 _____

医師名 _____

電話 _____ FAX _____

◎太線の枠の中をご記入下さい。

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明・大・昭・平・令																																						
				年	月	日	(才)																																			
住所						(電話)																																				
受診希望日	第1希望日	月	日	()	第2希望日	月 日 ()																																				
	医師名	先生			・都合の悪い日等連絡事項																																					
◎診察依頼 該当する科に必ず印をつけて下さい。 <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/>神経内科</td> <td><input type="checkbox"/>外科</td> <td><input type="checkbox"/>眼科</td> <td><input type="checkbox"/>緩和ケア</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>呼吸器科(画像ありなし)</td> <td><input type="checkbox"/>小児外科</td> <td><input type="checkbox"/>産婦人科</td> <td><input type="checkbox"/>乳腺専門外来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>消化器科</td> <td><input type="checkbox"/>脳神経外科</td> <td><input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科</td> <td><input type="checkbox"/>漢方内科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>小児科</td> <td><input type="checkbox"/>形成外科</td> <td><input type="checkbox"/>皮膚科</td> <td><input type="checkbox"/>総合診療科(後遺症)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>循環器科</td> <td><input type="checkbox"/>呼吸器外科</td> <td><input type="checkbox"/>泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/>下肢創傷外来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>無症状性心不全外来</td> <td><input type="checkbox"/>心臓血管外科</td> <td><input type="checkbox"/>泌尿器科(腎移植外来)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>内科</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科(股関節)</td> <td><input type="checkbox"/>歯科口腔外科</td> <td><input type="checkbox"/>リンパ浮腫外来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>内科(糖尿・内分泌)</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科(一般)</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科(肩関節)</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科(手)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>内科(肥満)</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科(膝・その他関節)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> ※添付資料の無・有 (XP・MRI・CT 整形外科は※にも必ず○印をつけて下さい。							<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 呼吸器科(画像ありなし)	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 乳腺専門外来	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 漢方内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 総合診療科(後遺症)	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 下肢創傷外来	<input type="checkbox"/> 無症状性心不全外来	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科(腎移植外来)		<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科(股関節)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> リンパ浮腫外来	<input type="checkbox"/> 内科(糖尿・内分泌)	<input type="checkbox"/> 整形外科(一般)	<input type="checkbox"/> 整形外科(肩関節)	<input type="checkbox"/> 整形外科(手)	<input type="checkbox"/> 内科(肥満)	<input type="checkbox"/> 整形外科(膝・その他関節)		
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア																																							
<input type="checkbox"/> 呼吸器科(画像ありなし)	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 乳腺専門外来																																							
<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 漢方内科																																							
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 総合診療科(後遺症)																																							
<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 下肢創傷外来																																							
<input type="checkbox"/> 無症状性心不全外来	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科(腎移植外来)																																								
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科(股関節)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> リンパ浮腫外来																																							
<input type="checkbox"/> 内科(糖尿・内分泌)	<input type="checkbox"/> 整形外科(一般)	<input type="checkbox"/> 整形外科(肩関節)	<input type="checkbox"/> 整形外科(手)																																							
<input type="checkbox"/> 内科(肥満)	<input type="checkbox"/> 整形外科(膝・その他関節)																																									
内容	・病状や受診目的等必ずご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 早目受診希望。			FAX予約時の患者さんの2日前からの体調 ・ 37度以上の発熱 (有り・無し) ・ 呼吸器症状 (有り・無し) ・ 味、においがしない(有り・無し) 同居家族に上記の症状はありますか。 ()																																						
	診療情報提供書について <input type="checkbox"/> 患者さんが持参 <input type="checkbox"/> 郵送																																									

※病状によっては紹介予約より早めの予約をご希望の際は、連絡ください。

紹介予約票

月 日 () AM
PM :

受診科

科 担当医師

医師

・受診の際は、紹介状・お薬手帳・薬(現物)・予約票・マイナンバーカードまたは資格確認書・当院受診券(ある場合)他に、XP・CT・MRI・画像などがある場合必ずご持参下さい。
 ・エコー、CT、MRI、内視鏡などの検査は後日の予約検査となります。

荘内病院 地域医療連携室

・電話 0235-26-5155(直通)

・FAX 0235-26-5156(直通)