



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		
◎診察依頼 該当する科に必ず印をつけて下さい。 ☐神経内科 ☐呼吸器科(画像あり なし) ☐消化器科 ☐小児科 ☐循環器科 ☐内科 ☐内科(糖尿・内分泌) ※糖尿病パス 無・有 内科(糖尿・内分泌)、整形外科は※にも必ず○印をつけて下さい。 ☐外科 ☐小児外科 ☐脳神経外科 ☐形成外科 ☐呼吸器外科 ☐心臓血管外科 ☐整形外科(関節・手・一般) ☐眼科 ☐産婦人科 ☐耳鼻咽喉科 ☐皮膚科 ☐泌尿器科 ☐泌尿器科(腎移植外来) ☐歯科口腔外科 ☐緩和ケア ☐乳腺専門外来 ☐漢方外来 ☐総合診療科(後遺症) ☐下肢創傷外来 診療情報提供書について ☐患者さんが持参 ☐郵送					
内 容	・病状や受診目的等必ずご記入下さい。 ☐ 早目受診希望。連携室より電話します。			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) 2週間以内に海外へ行きましたか ・ご本人 (行った・行っていない) ・同居家族 (行った・行っていない) 受診に付き添われる方 (有り・無し) 付き添われる予定の方の上記の状況 (有り・無し) 状況()	

※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・予約票・保険証・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 26-5155(直通) 内線 6200
・FAX 26-5156(直通)