



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。

医療機関名

医師名

荘内病院診察券番号

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																													
	医師名		先生	月	日 ()	・都合の悪い日等連絡事項																												
<p>◎診察依頼 該当する科に必ず印をつけて下さい。</p> <table border="0"> <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"/> 漢方内来</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"/> 内科</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 (糖尿・内分泌)</td> <td><input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般)</td> <td><input type="checkbox"/> 歯科口腔外科</td> <td></td> </tr> </table> <p>※糖尿病パス 無・有 ※添付資料の無・有 (XP・MRI・CT)</p> <p>内科 (糖尿・内分泌)、整形外科は※にも必ず○印をつけて下さい。</p> <p>診療情報提供書について</p> <input type="checkbox"/> 患者さんが持参 <input type="checkbox"/> 郵送							<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"/> 漢方内来	<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"/> 内科	<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 (糖尿・内分泌)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
<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"/> 漢方内来																															
<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"/> 内科	<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 (糖尿・内分泌)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科																																
内容	<p>・病状や受診目的等必ずご記入下さい。</p> <input type="checkbox"/> 早目受診希望。連携室より電話します。			<p>FAX予約時の患者さんの2日前からの体調</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>同居家族に上記の症状はありますか。</p> ()																														

※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)