

診療予約申込書 (外来 ・ 入院)

【紹介元医療機関】

申込日： 年 月 日

医療機関名：
医師名：
電話：
FAX：

希望診療科： (内科 ・ 外科 ・ 整形)
希望医師： 先生
受診希望日： 第1希望 / () 第2希望 / ()
ご都合の悪い日：

【紹介患者情報】 水府病院 受診歴： 無 ・ 有 (ID：)

フリガナ：	男 ・ 女	生年月日： (大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日 (歳)
患者氏名：		
住所： (〒 -)		
電話番号：	携帯番号：	
傷病名： (症状)		
※当申込書と診療情報提供書・検査データ等をFAX送信下さいますようお願い致します。		

【手続き方法】

- ・【診療予約申込書】と【診療情報提供書】を事前にFAXで送信してください。
ご希望日またはご都合の悪い日を必ずご記入ください。
予約日を調整し、『予約連絡票』をFAXにてお送り致します。

【連携室受付時間】 平日 8:30~17:00 / 第1・3土曜日 8:30~12:00

- ・時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

※調整後、連絡までにお時間を頂く場合がございます。
お急ぎの場合や30分以上連絡が無い場合は、お手数ですがご連絡ください。

【お知らせ】

- ・地域医療連携室では「内科」「外科」「整形」の予約をお取りしています。
- ・『放射線科』につきましては、029-309-6518 に直接ご相談をお願い致します。
- ・診察の都合によってはお待たせする場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ・入院のご相談の場合は、当申込書と診療情報提供書をFAX後、必ず電話連絡もお願い致します。

《お問い合わせ先》 水府病院 地域医療連携室 TEL : 029-309-6546 (直通) / TEL : 029-309-5000 (代表) FAX : 029-309-6641
--