

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：	希望診療科：（内科・外科・整形）
医師名： （診療科）	希望医師： 先生
電話：	受診希望日： 第1希望 / （ ） 第2希望 / （ ）
FAX：	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：		生年月日：（明治・大正・昭和・平成）
患者氏名：	男 ・ 女	年 月 日（ 歳）
住所：（〒 - ）		
電話番号：	携帯番号：	
傷病名： （症状）		
※ご紹介の際には、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、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：029-309-5000（代表）/ FAX:029-309-6641