

診療予約申込書（受診・入院）

【紹介元医療機関】

申込日： 年 月 日

医療機関名：
医師名： (診療科)
電話：
FAX：

希望診療科： (内科・外科)
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： (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
患者氏名：		
住所： (〒 -)		
電話番号：	携帯番号：	
保険者番号：	(本人 ・ 家族)	
記号：	番号：	
該当○印： 前期高齢者 ・ 後期高齢者 / 負担割合： (1割 ・ 3割)		
受給者番号：		
傷病名： (症状)		
※ご紹介の際には、当申込書と診療情報提供書をFAX送信くださいますようお願いいたします。		

【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にてお送りいたします。
- ※ 事前に診療情報提供書と血液データ等をFAX後、必ず電話連絡もお願いいたします。

【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1時間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」の予約をお取りしています。小児科、放射線科につきましては、各科に直接ご相談をお願いいたします。
- ・診察の都合によってはお待ちいただく場合がございます。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いたします。

<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