

診療予約申込書(FAX申込書)

市立甲府病院

地域医療支援室 宛

FAX:055-220-2660

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

F A X

患者様事項

フリガナ

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日(才)

氏名 男・女

住所 電話 ()

当院受診歴 無・有 (ID番号:)

受診科名

予約希望日 第1希望 年 月 日

第2希望 年 月 日

希望医師名

☐特に希望日なし◎紹介目的 ☐精査・診断 ☐治療・観察 ☐手術 ☐入院 ☐その他()☐胃カメラ ☐ホルター心電図◎検査のみ ☐CT ☐MRI ☐RI() ☐その他()撮影部位 ☐頭部 ☐頸部 ☐胸部 ☐腹部 ☐頸椎 ☐腰椎 ☐骨盤 ☐ () 関節☐インプラント(☐上顎 ☐下顎 ☐上下顎) ☐その他()造 影 ☐要 ☐不要 画像引渡し ☐CDR ☐フィルム

◎患者様の病名または症状

連絡事項

1. 枠内はもれなくご記入ください。
2. 当院受診歴のある患者さんの場合で、診察券番号がわかりましたらご記入ください。
3. この診療予約申込書(FAX申込書)により受付いたします。
4. 予約に要する時間は、おおむね15分程度です。
5. 予約時に診療情報提供書が必要となる場合がございます。その際はご連絡させていただきますので、診療情報提供書のFAX送信をお願いいたします。
6. 予約日時が確定しましたら、予約票をFAX送信いたします。「市立甲府病院診察・検査予約票」と「診療情報提供書(紹介状)」(市立甲府病院提出用)、また、レントゲン・検査資料等がございましたら患者さんへお渡しください。
7. 入院につきましては、当院医師の診察後の判断で対応させていただきます。

※ 17:00 近くは、予約をお取りするのに時間がかかり、翌診療日になることがありますので、ご承知ください。

※ 当日の受診予約はお受けしておりません。緊急の場合は、直接該当科外来もしくは該当科医師へお問い合わせください。

※ 地域医療支援室を経由しない紹介については、2枚目以降を紹介状としてご使用ください。

地域医療支援室 電話:055-244-1111 内線2211

FAX:055-220-2660

FAX予約受付時間 月曜～金曜(土日祝日を除く)

8:30～12:30 13:30～17:00

時間外・土日祝日の救急時の診療情報提供書は救急医療室 FAX:055-220-2662へ送信してください。

(ファクシミリ用)