

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
 FAX

患者様事項	
フリガナ 氏名 _____	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (才) 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 _____	<input type="checkbox"/> 特に希望日なし
◎ 紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> その他 () ◎ 検査のみ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 () 撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> インプラント (<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上下顎) <input type="checkbox"/> その他 () 造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 放射線科委任 画像の引き渡しはCDRになります 数値・クレアチン () ・eGFR() ◎ 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様の場合で、診察券番号がわかりましたら記入してください。
 - 3 この診療予約申込書（FAX申込書）により予約の受付をいたします。
 - 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様へお渡しください。
 - 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）
	8:30～17:00

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へ送信をしてください。
 (ファクシミリ用)