

# 曾於医師会立病院 初診予約申込書

曾於医師会立病院 地域連携室 行 FAX:099-482-4894

※緊急性がある場合は直接お電話ください。

## 【紹介元医療機関情報】

名 称		主治医名	
所在地		担当者	

## 【患者情報】

紹介元病院に	入院中・通院中	施設名(入所中の方のみ)	
ふりがな		性別	受診歴
氏 名		男・女	有・無
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	( )歳

## 【傷病名・紹介目的】

緊 急 性	有 ・ 無	★診療情報提供書があれば太枠は省略可。できるだけ添付してください。
紹介目的	1. 診察 2. CT(□単純 □造影) 3. MRI(□単純 □造影) 4. その他( )	

## 傷 病 名

※MRI撮影をご希望される場合は体内金属の有無の確認をお願い致します。 □あり □なし  
※造影検査の場合は3ヶ月以内の血液検査データを添付してください。

希 望 日	① 月 日 ② 月 日 ③ _____ 以外・以降 □ 希望日なし □ その他( )			
□内科	□循環器内科(火・土)	□外科	□整形外科	□泌尿器科
□糖尿病内科	□小児科(アレルギー)	□皮膚科	□麻酔科	□脳神経外科
□放射線科	□腎臓内科	□乳腺外科	□呼吸器外科	

## 【注意事項】

- ・予約申込の受付時間は月曜日～金曜日(16:30)までとなっております。これ以降は翌診療日のお返事となります。
- ・FAXを受信しましたら、14:00以降のお返事となります。患者さんへのご連絡をお願い致します。
- ・必要に応じて、お電話にて確認させていただく場合がございます。
- ・当日の予約は原則行っておりません。

曾於医師会立病院 地域連携室

TEL : 099-482-4888 (代表)

FAX : 099-482-4894

2023年5月1日版