

予約依頼票(外来・オープン検査)

医療機関名： TEL：
 医師氏名： FAX：

★※ご希望の診療科に○印をお願いします。

外来診療予約

<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	糖尿病内分泌代謝内科	<input type="checkbox"/>	リウマチ膠原病科	<input type="checkbox"/>	循環器内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科アレルギー科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科
<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	総合診療科	<input type="checkbox"/>	

※ご希望医師がおられましたらご指定してください。

医師 医師指定なし

検査予約

上部消化管内視鏡

★※事前にカルテを作成しておきますので、患者情報の記入をお願いします。

(フリガナ) お名前		性別	男	生年月日	大・昭・平・令
			女		年 月 日
住所	(〒)	電話			
		携帯			
患者状態	独歩・車椅子・ストレッチャー		備考		

※下記に記入いただくか、コピーをFAXください。

保 険	記号	番号	本人	家族

公 費	公費有効期限	年	月	日	割

★※予約希望日をご記入ください。

第1希望	月 日()	第2希望	月 日()	第3希望	月 日()
------	--------	------	--------	------	--------

※本書をFAX受診手続き後に「予約票」をFAXいたします。患者さまにお渡し下さい。

※診療情報提供書(紹介状)も一緒にFAXお願いします。

※業務時間外の依頼は翌業務日の返信となります。

地域医療連携課 業務時間 平日8:40-19:00 土曜日8:40-13:00