

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 _____ 年 月 日
氏名: _____	性別 _____
住所: _____	電話 _____
当院受診歴 _____	(ID番号: _____)
受診科名 _____	予約希望日: 第1希望日 令和 年 月 日
	第2希望日 令和 年 月 日
希望医師名 _____	<input type="checkbox"/> 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"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> ホルター心電図 ◎ 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"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <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 画像引渡し <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> 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いません。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2212

FAX予約受付時間 8:30~12:30 13:30~17:00 月曜~金曜(土日祝日を除く)

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。

(FAX用)