

診察受付申込書

平成 年 月 日

八尾総合病院

地域医療連携室 宛

〒939-2376

富山市八尾町福島 7-42

TEL076-454-5000(代表)

076-454-3299(地域医療連携室直通)

FAX076-455-3835(代表)

076-454-3262(地域医療連携室直通)

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

FAX 送信者名

ふりがな	男	生年月日
患者氏名	女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
		当院受診歴 有 ・ 無
希望診療科		
内科・脳神経外科・外科・消化器科・整形外科・小児科・婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・放射線科・皮膚科・リハビリテーション科・乳腺外科		
担当医師		
予約希望日時 (第1希望)	予約希望日時 (第2希望)	
月 日 () 時 分頃	月 日 () 時 分頃	
紹介目的		
1. 受診依頼(入院・外来) 2. 検査依頼 3. 手術依頼 4. 入院依頼 5. その他 ()		
来院方法		
1. 自力歩行 2. 車椅子 3. ストレッチャー 4. その他 ()		
傷病名または症状		

※ 来院予定時間は、あくまでも目安であり予約時間ではございませんのでご了承下さい。

※ 受診を希望される診療科・医師が休診の場合がございますので、FAX 送信前に地域医療連携室までお電話にてお問い合わせ下さい。

※ 本診察受付申込書をFAXでお送り下さい。受診当日の受付準備を致します。FAX送信後は患者様にお渡し下さい。

※ FAXの受付時間は、平日 8:30~17:00、土曜日 8:30~12:00 となっております。

※ お申し込みは、原則ご希望日の前日までにご連絡下さい。

※ 受診当日は紹介状、保険証及び公費負担受給者証等をお持ちの上、地域医療連携室までお越し下さい。

※ 予約日に受診ができなくなった場合、地域医療連携室までご連絡下さい。