

# 中東遠総合医療センター 外来受診申込書 FAX送付票(医療機関用)

## FAX 0537-28-8926

申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名	担当医師		電話番号		( ) —		
フリガナ	明・大・昭・平・令		年	月	日生 ( 才 )		
氏 名	様			性別	男 ・ 女		
住 所	〒 ( — )						
電話番号	携帯電話						
保険者番号	記号・番号						
区 分	本人・家族	公 費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他				
受診科 (希望する科に ○印をつけてく ださい)	内科系	総合内科	呼吸器内科	腎臓内科	糖尿病 内分泌内科	漢方外来	
		循環器内科	脳神経内科	睡眠セクター	認知症セクター	血液・腫瘍内科	
	外科系	心臓血管外科	脳神経外科	外科 ( 乳腺 ・ 血管 )		泌尿器科 皮膚科 皮膚腫瘍科	
		整形外科 ( 一般 ・ 脊椎背髄 ・ 手外科 ・ 股関節 ・ 膝肩 )					
	その他	産婦人科 ( 産科 ・ 婦人科 )		眼 科	耳鼻いんこう科	リウマチ科	リハビリ テーション科
		消化器病センター ( 消化器内科 ・ 外科 )		小児科	歯科口腔外科	救急科	
紹介目的	希望診療科への紹介理由を必ずご記入ください。(例) 症状が〇〇のため、△△科の診察が必要 [ ]						
希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 医師指定※ ( 医師 )				
受診 希望日時	<input type="checkbox"/> 予約済		月	日	( 曜日 ) 午前 ・ 午後 時 分		
	<input type="checkbox"/> 第一希望日		月	日	( 曜日 ) 午前 ・ 午後 時 分		
	<input type="checkbox"/> 直近で予約の取れる日を希望 (直近日をお取りし、予約票をFAXします。)						
	都合の悪い日・曜日 ( )						
	<input type="checkbox"/> 当日緊急受診 (※地域医療支援センターに電話をお願いします。)						
<input type="checkbox"/> 受診予約日未定のため、患者様から後日連絡							
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車利用						

※医師指定ができない科や、指定された医師が変更になる場合もありますのでご了承ください。

〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1番地の1 中東遠総合医療センター

【受診の申込み】 地域医療支援センター 直通電話 0537-28-8021 FAX 0537-28-8926  
平日は午前8時15分～午後6時 土曜日はFAX予約のみ午前8時30分～午後0時15分まで