

中東遠総合医療センター

外来受診

依頼申込書 FAX送付票 (医療機関用)

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	() —	
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 希望日時	第一希望日		月	日	(曜日)	午前・午後 時 分	
	第二希望日		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。)						
	<input type="checkbox"/> 当日緊急受診 (※地域医療支援センターにお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							
希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 医師指定※ () 医師)		
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						
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	糖尿病内分泌内科	腎臓内科	血液・腫瘍内科	呼吸器内科	循環器内科
		脳神経内科	睡眠セクター	認知症セクター			
	外科系	乳腺外科	血管外科	脳神経外科	泌尿器科	皮膚科	
		整形外科	脊椎脊髄	手外科	リウマチ		
		産婦人科 (産科・婦人科)		眼科	耳鼻いんこう科		
	その他	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
麻酔科		腫瘍放射線科	その他 ()				

※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 土曜日は午前8時15分～午後0時30分まで