（様式１）　R4.Ver6

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 | | 睡眠ｾﾝﾀｰ | | | 認知症ｾﾝﾀｰ | | 血液・腫瘍内科 | |
| 外科系 | 脳神経外科 | | 乳腺外科 | | 血管外科 | | | 泌尿器科 | | 皮膚科・  皮膚腫瘍科 | |
| 整形外科 | | 脊椎脊髄 | | 手外科 | | | 股関節 | | リウマチ | | リハビリ  テーション科 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 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 | □　指定なし　　　　　　　□　医師指定※（　　　　　　　　　　　　医師） | | | | | | | | | | | | | |
| 受　診  希望日時 | □　予約済　　　　 　 月　　　日　（　　曜日）　午前 ・ 午後　　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| □　第一希望日　　　 月　　　日　（　　曜日）　午前 ・ 午後　　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | |
| □　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| □　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。）** | | | | | | | | | | | | | |
| □　受診予約日未定のため、患者様から後日連絡 | | | | | | | | | | | | | |
| 来院方法 | □　独歩　　□　車いす　　□　ストレッチャー　　□　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　　土曜日は午前８時１５分～午後０時３０分まで