

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 ()			
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-	認知症セク-	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		
	その他	産婦人科(産科・婦人科)		眼科	耳鼻いんこう科			
		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 土曜日は午前8時15分～午後0時30分まで