（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FAX予約のみ午前８時30分～午後０時15分まで