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
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