

診療予約申込書



茨城県立中央病院 地域医療連携室

申込日 年 月 日

FAX 0296-78-3589

_____ 科

_____ 先生

主病名: _____

紹介医療機関:

住所:

TEL:

FAX:

紹介医師名:

担当者:

【依頼内容】*申し込みの際は、申込書と診療情報提供書をFAXしてください。

- 通常予約
- 本日受診希望 *本日受診希望の際、診療情報提供書に必ずバイタルサインをご記入ください。
本日受診希望の理由: 有症状のため 患者理由 ()
- セカンドオピニオン (本人同席 家族のみ) *ご家族のみの場合は委任状が必要です
- 転院希望 移動方法: 自家用車 介護タクシー (車椅子 ・ ストレッチャー) 救急車

【ご都合の悪い日】

無 有 月 日

【患者情報】 当院受診歴 無 有 (ID:)

フリガナ	(旧 姓)	性 別
患者氏名	()	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	歳
住 所	〒 -	
電話番号	携帯番号	

【受付時間】 平日 9:00 ~ 16:00

- * 平日16時以降、休日に届いた場合は、翌診療稼働日の対応となります。
- * お返事までにお時間をいただく場合がございます。お急ぎの際はお書き添えください。

【手続き方法】

- * 診療予約申込書と診療情報提供書を連携室へFAX送信してください。
- * 予約決定後、ご予約票をFAXにてお送りします。
- * 診療科により予約日程調整までにお時間をいただくことがありますのでご了承ください。

【その他】

- * ご都合にて予約変更・キャンセルの場合は、申込医療機関より地域医療連携室へ連絡をお願いします。(直接患者様からはお受けできません。)

【お問い合わせ先】

茨城県立中央病院 地域医療連携室 TEL:0296-77-1121 (代表) 内線:2703