**ＦＡＸによる診察申込書**

・ＦＡＸの送信は平日8:30～18:00 土曜日は8:30～14:30にお願い致します。

・当日の診療予約はお受けできませんのでご了承ください。

令和 年 月 日

山形県立中央病院 患者サポートセンター(地域医療部) 宛

【 TEL 023－685－2618 】 医療機関名：

【 FAX 023－685－2606 】 医師名：

T E L：

F A X：

＊ご記入は楷書でお願いします

当日、別途紹介状をお願い致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 | 男 ／ 女 |
| 患者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 　 年 月 日 （ 歳 ） | | |
| 患者住所 | 〒 | | |
| 県立中央病院  受診歴 | 有り ・ 無し ・ 不明 　 診察券番号 ― ― | | |
| 当院受診時の状況 | 貴　院 　入院中　・　外来通院中 | | |

＊**当院に初来院の場合は保険証のコピーもFAXお願いします。**

◆ **受診希望科 該当する項目に○を必ず付けて下さい**※CT・MRI・RIの検査申込は別様式でお願いします

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **内 科** | **循環器** | **消化器** | **※ 呼 吸 器**  **（火・金）** | **血　　　液**  **（木）** | | | **放 射 線 科** |
| **内分泌**  **（水）** | **糖　尿　病**  **（水）** | **腎　　　臓**  **（月）** |  | |  | |
| **整形外科**  **（月・火・水・木）** | **歯科口腔外科** | **眼　　　科** | **泌尿器科**  **（月・水・木・金）** | **※ 脳神経内科**  **（月・水・木・金）** | | | **脳神経外科**  **（月・水・金）** |
| **頭頸部・耳鼻 咽喉科** | **産婦人科** | **小 児 科** | **小 児 外 科**  **（火・金）** | **形成外科**  **（月・水・金）** | | | **皮　膚　科**  **（火・水・木）** |
| **外　　　科** | **乳 腺 外 科**  **（月・火・水・金）** | **心臓血管外科**  **（火･金）** | **呼吸器外科**  **（火・水・金）** | |  | |  |

**※　呼吸器内科と脳神経内科は診療情報提供書を添付願います。**

**★　胃がんで進行がんの場合の診療科は外科、　甲状腺の手術は耳鼻科になります。**

◆ **受診希望日** □ 翌 日 □１週間以内 □ １週間以降でも可

□ その他（ 　　 ）特に受診希望日があればご記入下さい

**＊ご紹介の目的（病名や症状）を簡潔にご記入下さい**

１５分以内に、当方からご連絡させて頂きますが、連絡が無い場合は地域医療部まで電話をお願い致します。

また、折返し予約票をＦＡＸ致しますので患者さんにお渡し願います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（R4.4）