

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。

平成 年 月 日

山形県立中央病院 医事相談課 宛

【 TEL 023-685-2618 】

医療機関名:

【 FAX 023-685-2606 】

医師名:

TEL:

FAX:

*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	年 月 日	(歳)
患者住所	〒		
県立中央病院 受診歴	有り ・ 無し	診察券番号	— —
受診時の状況	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	血液	麻酔科 (月・水・木)
	内分泌	糖尿病	腎臓・膠原病		
整形外科	歯科口腔外科	眼 科	心療内科	泌尿器科 (月・水・木・金)	神経内科
脳神経外科	頭頸部・耳鼻 咽喉科	産婦人科	小 児 科	形成外科 (火・水・木)	皮膚科
外 科	心臓血管外科 (火・水・金)	呼吸器外科 (火・水・金)	小児外科 (火・金)	放射線科 (月・火・水・金)	緩和医療科 (月・木・金)

★ 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。(H26.3~)

◆ 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)を簡単にご記入下さい

15分以内に、当方からご連絡させていただきますが、連絡が無い場合は医事相談課までお電話お願い致します。
また、折返し予約票をFAX致しますので患者様にお渡し願います。 (H28.4)