

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】

【FAX 023-685-2606】

医療機関名:

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	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 (月・火・水・金)	※泌尿器科 (月・水・木・金)	※脳神経内科 (月・木・金)	脳神経外科 (月・火・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、血液内科、糖尿病・内分泌内科、整形外科、泌尿器科、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いただきますが、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。

※FAX受信が17:00以降または土曜日の場合はお返事が翌営業日となる場合がありますのでご了承下さい。