

# FAXによる診察申込書

・FAX受付時間は平日 8:30~18:00 土曜日 8:30~14:30 となります。  
上記以外の時間帯は御返事が翌開院日となりますので御了承ください。  
・当日の診療予約はお受けできません。  
・CT・MRI・RI検査は別様式でお申込みください。

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

【 FAX 023-685-2606 】  
【 TEL 023-685-2618 】

医療機関名： .....  
医 師 名： .....  
T E L： ..... ( ..... )  
F A X： ..... ( ..... )

**患者情報**（診察当日に「紹介状」を確認しますので、作成していただき、患者さんにお渡しくださるようお願いいたします。）

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 ・ 無 ・ 不明 )	[診察券番号]	— —
紹介元での 状況	入院中 ・ 外来通院中 ・ その他 ( ..... )		

**受診希望科**（該当する診療科に“○”を付けてください。一部診療科では診察の曜日を限定しています。）

診 療 科	循環器内科	消化器内科 ◆膵癌早期発見外来	呼吸器内科* (火・金)	血液内科* (木)	糖尿病内科* (水)	内分泌内科* (水)
	腎臓内科* (月)	脳神経内科* (月・火・金)	—	—	—	—
	小児科	小児外科 (火・金)	外 科	乳腺外科 (月・火・水・金)	整形外科* (月・火・水・木)	形成外科 (月・水・金)
	脳神経外科* (月・火・水・金)	呼吸器外科 (火・金)	心臓血管外科 (火・金)	皮 膚 科 (火・水・木)	泌尿器科* (月・水・木・金)	産婦人科
	眼 科 (月・火・水・木・金)	頭頸部・ 耳鼻咽喉科	放射線科	歯科口腔外科	—	—

◇※印の診療科をお申し込みされる際は「診療情報提供書」を添付してください。

(※：呼吸器内科、血液内科、糖尿病・内分泌内科、腎臓内科、整形外科、泌尿器科、脳神経内科、脳神経外科)

**受診希望日**（ご希望の日程について、口欄に“レ”を付けてください。）

- 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御記入下さい

\*ご紹介の目的（病名や症状）を簡潔に御記入下さい。

## 【連絡事項】

- ・受付後原則15分以内に当院から電話又は予約票をFAXいたします。なお、お申込みが集中しているときは連絡が遅れることがありますので、その際は御容赦ください。連絡が無い場合、大変お手数ですが、地域医療部へ御一報ください。
- ・当院からFAX送信する予約票は、大変お手数ですが、患者さんにお渡しくださるようお願いいたします。

(R8.4改定)