

菊川市立総合病院 外来受診申込書（医療機関用）

【 FAX : 0537-35-2843 】

申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名			担当医師	科
電話番号 FAX番号				先生
フリガナ			当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
患者氏名	様 旧姓（ ）		性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 （ 歳）			
住 所	〒（ - ）			
電話番号		日中の連絡先	（ 本人 ・ ）	
保険区分	健康保険 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費 ・ 生活保護 ・ その他（ ）			
紹介目的	※診療情報提供書のFAXが後からになる場合は、必ずご記入ください。			
受 診 科	科			
希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定（ 医師） ※医師指定ができない科や、指定された医師が変更になる場合もありますのでご了承ください。			
受 診 希望日時	<input type="checkbox"/> 予約済 ： 月 日 （ 曜日） 時 分			
	第1希望 ： 月 日（ 曜日）		第2希望 ： 月 日（ 曜日）	
	<input type="checkbox"/> 直近で予約の取れる日を希望 （直近日をお取りし、予約票をFAXします。）			
	都合の悪い日 ：			
	<input type="checkbox"/> 当日緊急受診 （地域医療支援課にお電話をお願いします。）			
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車利用			
備 考				

《 医療機関の皆さまへ 》

- ・ 診療情報提供書と併せてFAXをお願いします。申込時に間に合わない場合は、受診前日までにFAXしてください。
- ・ 予約は、受診前日17時までの対応となります。平日17時以降と土日祝日は、翌診療日のお返事となります。
- ・ 診療科によっては、予約日時の調整にお時間をいただく場合があります。
- ・ 予約日時が決まりましたら、当院より予約票をFAXさせていただきます。

【受診の申込み】

菊川市立総合病院 地域医療支援課

〒439-0022 静岡県菊川市東横地1632

直通電話 : 0537-35-2344 FAX : 0537-35-2843