

# 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<br>医療機関名  |  | 担当医師   | 科   |   |       |
| 電話番号<br>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          | （ 旧姓 ） 様   | 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 )<br>※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<br>希望日時   | <input type="checkbox"/> 予約済 : 月 日 ( 曜日 ) 時 分<br>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。)  |        |   |   |       |
|               | <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