

FAXによる診療予約申込書



山形県立河北病院 地域医療支援部 宛
【TEL 0237-71-1505】
【FAX 0800-800-1506】

平成 年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____

電話： _____

F A X： _____

1 患者様の情報（★の項目は、必ずご記入をお願いします。）

(フリガナ)
★氏名 _____

★性別 男 女 ★電話番号 _____ - _____

★住所 (〒 _____) _____

★生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (_____ 歳)

☆河北病院の受診歴（○で囲んで下さい。）

有	(診察券番号 _____ - _____)
無	

2 診察希望科（受診を希望する診療科及び専門を○で囲んで下さい。）

内科（消化器・循環器・呼吸器・血液・糖尿病・肝臓・腎臓・内分泌・栄養指導
※
心臓CT・大腸CT・その他）・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科
※
産婦人科（一般・特殊（不妊））・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・神経変性疾患・人工透析
※
内視鏡（上部内視鏡・胃瘻交換）・緩和ケア科・ペインクリニック
※
リハビリテーション科（一般・骨密度測定検査（医療機器共同利用））

支障のない範囲内で、概要をご記入下さい。
(例：大腸手術依頼)

3 診察希望医師名（当院で受診する際、診察を希望する医師があれば名前をご記入下さい。）

4 受診希望日（該当部分を○で囲んで下さい。）

明日 ・ 1週間以内 ・ 2週間以内 ・ その他（希望日： _____）

お申込みいただき、ありがとうございました。15分以内に当方から予約状況についてご連絡いたします。
※の診療科の診療予約と胃カメラ、胃瘻交換、糖尿病の食事指導、免許更新にともなう認知症診断の予約は平日のみお取ります。
なお、緩和ケア科・ペインクリニック・リハビリテーション科については、担当の医師と調整の上、改めてご連絡させていただきます。