

# 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】

令和 年 月 日

【FAX 0800-800-1506】

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 M・T・S・H・R 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・呼吸器・血液・糖尿病・肝臓・腎臓・内分泌・栄養指導・大腸CT）※  
 ※ 小児科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・グスト透析・産婦人科・皮膚科  
 ※ 眼科・耳鼻咽喉科・神経変性疾患・内視鏡（上部内視鏡・胃瘻交換）※ ・緩和ケア科  
 ※ 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））  
 運転免許更新に伴う認知症検査外来

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瘻交換、糖尿病の食事指導、免許更新に伴う認知症検査外来の予約は平日のみお取りします。  
なお、緩和ケア科・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。