

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】

令和 年 月 日

医療機関名： _____

診療科： _____

医師名： _____

電話： _____

FAX： _____

1 患者様の情報

| | | | |
|----------|----------------------|------|----------|
| (フリガナ) | | | |
| 氏名 | 氏名の漢字表記は略さずにご記載ください。 | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | 電話番号 | - - |
| 住所 | (〒 -) | | |
| 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 日 (歳) |
| 河北病院の受診歴 | 有 (診察券番号 - -) | 無 | 不明 |

2 診察希望科 (受診を希望する診療科及び専門外来を○で囲んで下さい。)

| | | | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|----------------------------------------|--------------|
| 内科 | 消化器 (月・火・木・金) | 内分泌 (水・金) | 血液 (月・水・木) | 呼吸器 (月・水・金) ※月・金は事前に紹介状のFAXをお願いします。 | 肝臓 (月・火・木・金) |
| | 糖尿病 (月・水・木・金) | 糖尿病食事指導外来 (毎月 第2水) | | 内視鏡 (胃瘻交換) (月1回、木) | 腎臓 (木) |
| 外科 (月～金) | 乳腺外来 (火) | 整形外科 (月～金) | 泌尿器科 (月・火・木) | ゲスト透析 | |
| 産婦人科 (月～金) | 運転免許更新に伴う認知症検査外来 (火) ※「免許更新に伴う認知症検査外来シート」も一緒にお送りください。 | | | 耳鼻咽喉科 (月・水・金) | |
| 緩和ケア科 (月～金) | 神経変性疾患 (月) | リハビリテーション科 (一般 ・ 医療機器共同利用による 骨密度測定検査) | | | |

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 (診察を希望する医師があれば名前をご記入下さい。)

| |
|----|
| 医師 |
|----|

4 受診希望日 (該当部分を○で囲んで下さい。)

| | | | | |
|-------|---|-------|---|-------------|
| 1週間以内 | ・ | 2週間以内 | ・ | その他 (希望日：) |
|-------|---|-------|---|-------------|

- ・ 予約受付時間 診療日8：30～18：00 土曜日8：30～14：30
- ・ お申込みいただきありがとうございます。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。
- ・ 緩和ケア科、胃瘻交換、糖尿病食事指導外来、乳腺外来、骨密度測定検査、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。
- ・ リハビリテーション科・緩和ケア科は完全予約制となっております。担当医師と調整の上、改めてご連絡致します。緩和ケア科は、紹介状も一緒にお送りください。