

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	M・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)	肛門外来 (月)	整形外科 (月～金)	泌尿器科 (月・火・木)	ゲスト透析
緩和ケア (火・水・木)	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)
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：)

- ・ 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。
- ・ 胃瘻交換、糖尿病食事指導外来、肛門外来、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ます。
- ・ 緩和ケア科 と リハビリテーション科は、担当の医師と調整の上、改めてご連絡いたします。