

立川総合病院 受診申込書(FAX用)

【FAX.0258-34-4803】

【紹介先医療機関名】立川総合病院

申込年月日：令和 年 月 日

【受診希望】外来診療を希望される日をご記入いただき、該当する科に○印をおつけください。

受診希望年月日	令和 年 月 日 ()						午前 時 分		予約
							午後		有・無
22 循環器内科	25 小児科	16 消化器内科	56 泌尿器科	49 眼科	15 呼吸器外科				
44 心臓血管外科	70 産婦人科	01 内分泌内科	43 整形外科	53 皮膚科	83 放射線科				
46 脳神経外科	71 生殖医療センター	21 腎臓内科	38 形成外科	08 ストレス	88 歯科口腔外科				
10 神経内科	40 外科	13 呼吸器内科	32 耳鼻咽喉科	48 血液内科	その他 ()				
診察医の希望	有 () ・ 無 ※ご記入のない場合は、当院に一任願います。								

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

【患者情報】受診される患者さんの情報をご記入ください。

【保険情報】保険証等をFAX送付いただければ記載不要です。

フリガナ		性別	記号					
患者氏名	(旧姓)	男・女	番号					
生年月日	M・T・S H・R 年 月 日 (歳)		保険者番号	取得年月日	年 月 日			
住所	〒		被保険者区分	・本人	負担割合			
				・家族 (氏名：)	割			
			公費負担者番号					
電話	() -		公費受給者番号					×
			公費有効期限	年 月 日まで				
			その他	交通事故・労災	県障	有・無		

【連絡事項】紹介状を併せてFAX願います。

(当院ID - -)

[紹介目的]	※注意 本用紙は紹介状として使用できません。
[主訴及び傷病名]	
[紹介元医療機関名]	
[医師名]	TEL : FAX :

- 外来受付時間 : 午前 8:30 ~ 11:30
- 休 診 日 : 第1・3土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始
- FAX受付時間 : 午前 8:30 ~ 17:00 (第2・4・5土曜日は12:00まで)

※折り返し「来院のご案内」をFAX致しますので、患者さんにお渡し下さい。

※FAX受付時間後の申込につきましては、翌診療日に返信FAXをさせていただきますのでご了承下さい。

【お願い】緊急を要するご紹介や診療時間を過ぎる場合は、必ず担当診療科の医師にご連絡下さい。