

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 | 午後 | 予約 |
|-----------|-------------------------------------|----------|----------|---------|-----------|--|----|----|-----|
| | | | | | | | 時 | 分 | 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 | | | | |
| | | | 公費受給者番号 | | | | X |
| | | | 公費有効期限 | 年 月 日 | 日まで | | |
| 電話 | () - | | 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 : 土曜日、日曜日、祝日、年末年始
- FAX受付時間 : 午前 8:30 ~ 17:00

※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。