



# 立川総合病院 受診申込書

医療連携室 直通FAX：0258-34-4803

【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。

紹介状と併せてFAX送信をお願いします。

申込日：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。

受診希望日	<input type="checkbox"/> 当日 ※事前に電話連絡をお願いします →連絡済み（科 医師）	当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ID： - - ）																								
	<input type="checkbox"/> 第1希望日 月 日（午前・午後	<input type="checkbox"/> 緊急性あり（必ず医師間連絡をお願いします）																								
	<input type="checkbox"/> 第2希望日 月 日（午前・午後	<input type="checkbox"/> 入院中（退院予定日 / ）																								
	<input type="checkbox"/> いつでもよい（ ）	<input type="checkbox"/> 待っている <input type="checkbox"/> 待っていない																								
<table><tr><td><input type="checkbox"/> 01 内分泌内科</td><td><input type="checkbox"/> 21 腎臓内科</td><td><input type="checkbox"/> 08 ストレス</td><td><input type="checkbox"/> 38 形成外科</td><td><input type="checkbox"/> 46 脳神経外科</td><td><input type="checkbox"/> 70 産婦人科</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 10 神経内科</td><td><input type="checkbox"/> 22 循環器内科</td><td><input type="checkbox"/> 15 呼吸器外科</td><td><input type="checkbox"/> 40 外科</td><td><input type="checkbox"/> 49 眼科</td><td><input type="checkbox"/> 71 生殖医療センター</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 13 呼吸器内科</td><td><input type="checkbox"/> 48 血液内科</td><td><input type="checkbox"/> 25 小児科</td><td><input type="checkbox"/> 43 整形外科</td><td><input type="checkbox"/> 56 泌尿器科</td><td><input type="checkbox"/> 88 歯科口腔外科</td></tr><tr><td colspan="2">16 消化器内科（休止中）</td><td><input type="checkbox"/> 32 耳鼻咽喉科</td><td><input type="checkbox"/> 44 心臓血管外科</td><td colspan="2"></td></tr></table>			<input type="checkbox"/> 01 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 21 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 08 ストレス	<input type="checkbox"/> 38 形成外科	<input type="checkbox"/> 46 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 70 産婦人科	<input type="checkbox"/> 10 神経内科	<input type="checkbox"/> 22 循環器内科	<input type="checkbox"/> 15 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 40 外科	<input type="checkbox"/> 49 眼科	<input type="checkbox"/> 71 生殖医療センター	<input type="checkbox"/> 13 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 48 血液内科	<input type="checkbox"/> 25 小児科	<input type="checkbox"/> 43 整形外科	<input type="checkbox"/> 56 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 88 歯科口腔外科	16 消化器内科（休止中）		<input type="checkbox"/> 32 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 44 心臓血管外科		
<input type="checkbox"/> 01 内分泌内科	<input type="checkbox"/> 21 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 08 ストレス	<input type="checkbox"/> 38 形成外科	<input type="checkbox"/> 46 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 70 産婦人科																					
<input type="checkbox"/> 10 神経内科	<input type="checkbox"/> 22 循環器内科	<input type="checkbox"/> 15 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 40 外科	<input type="checkbox"/> 49 眼科	<input type="checkbox"/> 71 生殖医療センター																					
<input type="checkbox"/> 13 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 48 血液内科	<input type="checkbox"/> 25 小児科	<input type="checkbox"/> 43 整形外科	<input type="checkbox"/> 56 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 88 歯科口腔外科																					
16 消化器内科（休止中）		<input type="checkbox"/> 32 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 44 心臓血管外科																							
希望医師	<input type="checkbox"/> 有（ 医師 ） <input type="checkbox"/> 無 ※ご記入のない場合は当院に一任願います。																									

【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				
			保険者番号				
生年月日	大正・昭和 年 月 日（歳） 平成・令和		取得年月日	年 月 日			
現住所	〒 (旧住所)		被保険者区分	・本人 ・家族（氏名：）			負担割合
			公費負担者番号				
		公費受給者番号					
日中の連絡先	( ) -		公費有効期限	年 月 日まで			
その他電話番号	( ) -		その他	交通事故・労災	県障	有・無	

■紹介状 ☐ 申込書に添付 ☐ のちほど送信（受診日の2日前までにFAX送信をお願いします）

■検査データ ☐ 画像データ（CD-R）→事前に郵送願います ☐ ホルター心電図→事前に郵送願います  
☐ その他検査結果 ☐ なし

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

※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受付時間以降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。

■ FAX受付時間：午前 8：30 ～ 16：30

■ 休診日：土曜日、日曜日、祝日、年末年始