

立川綜合病院 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) | | | | <input type="checkbox"/> 当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし |
| | <input type="checkbox"/> 第1希望日 月 日 (午前・午後) | | | | <input type="checkbox"/> あり (ID: - - -) |
| | <input type="checkbox"/> 第2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"/> いつでもよい () | | | | <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日 /) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 待っている <input type="checkbox"/> 待っていない | |
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> 16 消化器内科 (休止中) <input type="checkbox"/> 有 (医師) | | <input type="checkbox"/> 32 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 44 心臓血管外科 | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| | | | 取得年月日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) | | | | | | 被保険者区分 | ・本人 | 負担割合 | |
| | 平成・令和 | | | | | | | ・家族 (氏名:) | | |
| | | | | | | | | | | |
| 現 住 所 | (旧住所) | 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