

紹介患者 受診予約申込書（FAX送信票・医科） ※歯科用は別にございます。

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信下さい。

| | | | |
|-----|-------|-----|-------|
| 紹介元 | 医療機関名 | | |
| | TEL | FAX | 申込担当者 |

| | | | | |
|------|----------------------|--|-----|-------|
| 患者情報 | 宮古病院 受診歴 | <input type="checkbox"/> 有 (ID：) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | ▽診療情報提供書に記載ある場合は、省略可 | | | |
| | フリガナ | | TEL | |
| | 患者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 西暦 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | 〒 | | | |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|
| 診療科 | 下記、診療科は予約制です。受診を希望する科に○をつけて下さい。 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 総合診療科 | <input type="checkbox"/> | 循環器内科 | <input type="checkbox"/> | 消化器内科 |
| | <input type="checkbox"/> | 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> | 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> | 膠原病内科 |
| | <input type="checkbox"/> | 糖尿・内分泌内科 | <input type="checkbox"/> | 神経内科 | <input type="checkbox"/> | 糖尿外来 |
| | <input type="checkbox"/> | 血液内科（応援医師） | <input type="checkbox"/> | 肝臓専門外来（応援医師） | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | 一般外科 | <input type="checkbox"/> | 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> | 乳腺外来（応援医師） |
| | <input type="checkbox"/> | 整形外科 | <input type="checkbox"/> | 眼科 | <input type="checkbox"/> | 皮膚科 |
| | <input type="checkbox"/> | 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> | 難聴・補聴器外来（応援医師） | <input type="checkbox"/> | 精神科・心療内科 |
| | <input type="checkbox"/> | 精神科・心療内科 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| ▼以下の外来は予約不要で受診可能です。紹介状持参で来院ください▼ | | | 受付時間 8：30～11：00まで | | | |
| 泌尿器科(火・木) / 脳神経外科(火・木) / 産婦人科(月・火・木) / 小児科(月～金) | | | | | | |

| | |
|-------|--|
| 受診希望日 | <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合が悪い日 または 都合が悪い曜日 () <input type="checkbox"/> 希望日あり 第1 () 第2 () 第3 () |
| 備考 | |

* 受診希望日については、ご希望に添えない場合もありますので予めご了承ください。

* お手数ですが、FAX送信後、地域連携室へFAX到着確認の連絡をお願い致します。

予約確定後、紹介元医療機関様へ予約票を送信させていただきます。

予約専用ダイヤル：050-5865-9443

【予約確定後の変更について】

① 紹介元医療機関様より予約変更の連絡を地域連携室までお願い致します。

② ご本人から予約変更する場合は、**【予約日前日】【平日8：30～19：00】**までにご連絡ください。

予約専用ダイヤル：050-5865-9443

※緊急を要する患者様の場合は、直接、救急室へ FAXならびにお電話にてご連絡ください。

TEL：0980-72-3151（代表）

FAX：0980-73-7945（救急室直通）

