美 祢 市 立 病 院　紹 介 患 者 診 療 予 約 申 込 書

美祢市立病院　地域連携室　行（FAX : 0837 - 54 - 2111）

申込日(FAX送信日)　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご紹介元医療機関： |  |  | 医師氏名： |  |
| TEL： |  |  | FAX： |  |

ご紹介患者情報

フリガナ

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　歳

当院受診歴　　　□あり　　　□なし　　　□不明

希望受診科　　　□総合診療科　　　□外科　　　□脳神経外科　　　□整形外科　　　□その他の科

受診希望日　　　□　本日希望（緊急）

　　　　　　　　　 　□　①　　　　月　　　　日　　　　曜日　　　　　　②　　　　月　　　　日　　　　曜日

　　　　　　　　 　　□　希望日はないが早めの受診を希望

　　　　　　　　　　 □　都合の悪い日・曜日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

来院方法　　　 　□救急車　　□介護タクシー　　□病院車または施設車　　□自家用車　　□その他

付添　　　　　　 　□あり（お名前： 　　　　　　　　　　続柄： 　　　　 　） 　□なし

入院希望　　　　 □あり　　　□なし

※受付時間は、平日 8:30 ～ 17:00 です。土日祝日および年末年始は予約受付業務を行っておりません。

時間外に送信いただきました診療予約申込書につきましては、翌開院日にすみやかに対応させていただきます。

※本紙（診療予約申込書）と診療情報提供書を一緒にFAX送信願います。

予約日時が確定しましたら、こちらから診療予約票をFAX送信いたします。

※本日希望の場合、受け入れ確定のご連絡を差しあげましたら、すみやかにご来院ください。

※ご来院時にマイナンバーカードまたは健康保険証、お薬手帳をご持参くださいますようお伝えください。

※入院の適否は、受診後担当医の判断になりますので、ご希望に添えない場合はご容赦ください。

※診療結果次第では、当院での対応が困難で他院へ紹介や搬送になる可能性があります。

※その他の科（非常勤医師）のご依頼は、ご希望に添えない場合がございます。

※ご不明な点がありましたら、地域連携室までご連絡ください。（直通TEL：0837 - 54 - 2110）