

## 診療予約申込書( F A X 申込書)

市立甲府病院

地域医療支援室 宛

F A X : 0 5 5 - 2 2 0 - 2 6 6 0

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

## 患者様事項

フリガナ : \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 氏名 : \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
 住所 : \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 当院受診歴 \_\_\_\_\_ ( I D 番号 : \_\_\_\_\_ )

受診科名 \_\_\_\_\_ 予約希望日: 第1希望日 令和 年 月 日  
 第2希望日 令和 年 月 日

希望医師名 \_\_\_\_\_  希望日なし

◎ 紹介目的  精査・診断  治療・観察  手術  入院  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 胃カメラ  ホルター心電図  
 ◎ 検査のみ  C T  M R I  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 撮影部位  頭部  頸部  胸部  腹部  頸椎  骨盤  ( \_\_\_\_\_ ) 関節  
 インプラント (  上顎  下顎  上下顎 )  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 造影  要  不要 画像引渡し  C D R  フィルム

◎ 患者様の病名または症状

[ \_\_\_\_\_ ]

## 連絡事項

- 1 枠内はもれなくご記入ください。
  - 2 当院受診歴のある患者さんの場合で、診察券番号がわかりましたらご記入ください。
  - 3 この診療予約申込書 ( F A X 申込書 ) により受付いたします。
  - 4 予約に要する時間は、おおむね15分程度です。
  - 5 予約時に診療情報提供書が必要となる場合がございます。その際にご連絡させていただきますので、診療情報提供書の F A X 送信をお願いいたします。
  - 6 予約日時が確定しましたら、予約票を F A X 送信いたします。  
「市立甲府病院診察・検査予約票」と「診療情報提供書 ( 紹介状 ) 」 ( 市立甲府病院提出用 ) 、また、レントゲン・検査資料等がございましたら患者さんへお渡しください。
  - 7 入院につきましては、当院医師の診察後の判断で対応させていただきます。
- ※ 17 : 00 近くは、予約をお取りするのに時間がかかり、翌診療日になることがありますので、ご承知ください。  
 ※ 当日の受診予約はお受けしておりません。緊急の場合は、直接該当科外来もしくは該当科医師へお問い合わせください。  
 ※ 地域医療支援室を経由しない紹介については、2枚目以降を紹介状としてご使用ください。

地域医療支援室 電話 : 0 5 5 - 2 4 4 - 1 1 1 1 内線 2 2 1 2

F A X 予約受付時間 8 : 3 0 ~ 1 2 : 3 0 1 3 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 月曜 ~ 金曜 ( 土日祝日を除く )

時間外・土日祝日の救急時の診療情報提供書は救急医療室 F A X : 0 5 5 - 2 2 0 - 2 6 6 2 へ送信してください。

( F A X 用 )