

総合高津中央病院
FAX予約診療申込書

申込日 月 日

診療科指定 予約する診療科に☑を入れてください。

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 循環器内科(心臓) | <input type="checkbox"/> 循環器内科(下肢) | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 |
| <input type="checkbox"/> 神経内科 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 人工透析内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 |
| <input type="checkbox"/> 膠原病リウマチ科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 |
| <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 |

| | |
|--|-------------------|
| 特定の医師による診察をご希望の場合は右欄に医師名をご記入ください。 但し、都合により指定の医師が拝見できない場合がございます。その場合は 予約担当者が日程調整等のお電話を差し上げますので、予めご了承ください。 | 医師名 医師 |
|--|-------------------|

保険情報

| | | | | | | | | | |
|-------|--|----|--|--|--|--|--|----|----|
| 保険者番号 | | | | | | | | 本人 | 1割 |
| 記号 | | 番号 | | | | | | 家族 | 3割 |

※ 被保険者との続柄、負担割合に○をして下さい。

後期高齢者

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 負担者番号 | | | | | | | | | 1割 |
| 受給者番号 | | | | | | | | | 3割 |

保険資格
取得日昭和 年 月 日
平成

公費情報

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 負担者番号 | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |

患者情報

| | | | |
|------|-----|------|----------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 明治 年 月 日 昭和 年 月 日 |
| お名前 | | 年齢 | 歳 性別 男・女 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |

紹介元医療機関

(スタンプ可)

貴院名

TEL

FAX

予約希望日

(診療科別予約受付曜日一覧 参照)

| | | | |
|------|---|---|----|
| 第1希望 | 月 | 日 | 曜日 |
| 第2希望 | 月 | 日 | 曜日 |
| 第3希望 | 月 | 日 | 曜日 |

【備考】 ※当院に受診歴がある場合はIDをご記入ください。

《 予約に際してのお願い 》

- 予約希望日は裏面《診療科別予約受付曜日一覧》をご参照ください。
- 予約希望日は翌診療日以降でご指定ください。
- 予約時間をご指定になれません。
但し、特別な事情についてはできるかぎり考慮いたしますので、上表(予約希望日)の備考に詳細をご記載ください。
- 予約受付時間以降の申込みについては、翌診療日扱いとなります。

予約受付時間

月～金曜 (午前の部) 9:00～11:30
(午後の部) 13:30～16:00
土曜日 (午前のみ) 9:00～11:30

総合高津中央病院 新患予約専用FAX番号
044 - 822 - 6667

《 予約の手順 》

| | |
|----|---|
| 貴院 | <p>本申込書(表面)をFAX送信してください</p> <p>新患予約専用 044-822-6667</p> <p><u>FAX送信後30分を経過しても当院から返信がない場合は、恐れ入りますが下記の代表番号までご連絡ください。</u></p> <p>代 表 番 号 044-822-6121</p> |
|----|---|



| | |
|----|--|
| 当院 | <p>受付後に貴院へ 診療予約連絡票 をFAXで返信します</p> <p>※返信後に確認の電話を差し上げます</p> <p style="text-align: center;">(所要時間 15~30分)</p> |
|----|--|



| | |
|----|---|
| 貴院 | <p>診療予約票(診療予約連絡票)と 紹介状 を患者様にお渡しください</p> |
|----|---|

《 診療科別予約受付曜日一覧 》

| | 月曜日 | | 火曜日 | | 水曜日 | | 木曜日 | | 金曜日 | | 土曜日 | | 担当医からのお知らせ |
|--------------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|---|
| | 午前 | 午後 | |
| 呼吸器内科 | ○ | | | ○ | | | | | | ○ | | | 間質性肺炎と肺癌疑いの患者様は詳細な精査が可能な病院へお問い合わせください。 |
| 循環器内科 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | 救急は24時間対応いたします。 |
| 消化器内科 | | ○ | ○ | | ○ | | | | | ○ | | | |
| 神経内科 | | ○ | | | ○ | | | | | ○ | | | 脳梗塞発症後4時間以内の患者様についてはt-PA治療可能な病院へお問い合わせください。 |
| 腎臓内科 | | | | ○ | | | | | | | | | 慢性腎臓病については、基本的に紹介元と併診診察でお願いいたします。 |
| 人工透析内科 | | | | ○ | | | | | | | | | 人工透析は随時お受けしていますのでご相談ください。 |
| 糖尿病内科 | ○ | | | ○ | | | | ○ | ○ | | | | |
| 膠原病 リウマチ科 | | | | ○ | | | | ○ | | ○ | | | |
| 消化器外科 | | | ○ | | | | | ○ | | ○ | | ○ | |
| 整形外科 | ○ | | | | | | | ○ | | | | | |
| 脳神経外科 | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | | ○ | | | |
| 形成外科 | | | | | | | | ○ | | | | | |
| 産婦人科 | | | ○ | | | | | | | ○ | | | |
| 泌尿器科 | | | ○ | | ○ | | | | | ○ | | | 健診結果による受診希望の患者様には、健診結果をお持ちくださるようお伝えください。 |
| 皮膚科 | ○ | | ○ | | ○ | | | ○ | | ○ | | | |