

## 診療予約申込書 ( 外来 ・ 入院 )

【紹介元医療機関】

申込日： 年 月 日

医療機関名：	希望診療科： ( 内科 ・ 外科 ・ 整形 )
医師名：	希望医師： 先生
電話：	受診希望日： 第1希望 / ( ) 第2希望 / ( )
FAX：	ご都合の悪い日：

【紹介患者情報】 水府病院 受診歴： 無 ・ 有 ( ID： )

フリガナ：	男 ・ 女	生年月日： ( 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日 ( 歳 )
患者氏名：		
住所： ( 〒 - )		
電話番号：		携帯番号：
傷病名： ( 症状 )		
※当申込書と診療情報提供書・検査データ等をFAX送信下さいますようお願い致します。		

### 【手続き方法】

- ・【診療予約申込書】と【診療情報提供書】を事前にFAXで送信してください。  
ご希望日またはご都合の悪い日を必ずご記入ください。  
予約日を調整し、『予約連絡票』をFAXにてお送り致します。

### 【連携室受付時間】

 平日 8:30~17:00

- ・時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

※調整後、連絡までにお時間を頂く場合がございます。  
お急ぎの場合や30分以上連絡が無い場合は、お手数ですがご連絡ください。

### 【お知らせ】

- ・地域医療連携室では「内科」「外科」「整形」の予約をお取りしています。
- ・『放射線科』につきましては、029-309-6518 に直接ご相談をお願い致します。
- ・診察の都合によってはお待たせする場合がございます。あらかじめご了承ください。
- ・入院のご相談の場合は、当申込書と診療情報提供書をFAX後、必ず電話連絡もお願い致します。

《お問い合わせ先》 水府病院 地域医療連携室

TEL : 029-309-6546 (直通) / TEL : 029-309-5000 (代表)  
FAX : 029-309-6641