TEL：098-852-2575（地域連携室直通）　TEL：098-850-3811（代表）
FAX：098-852-2152　　申込日：　　年　　月　　日

社会医療法人友愛会　友愛医療センター

受診予約申込書　兼　FAX 送信表

＊診療情報提供書も併せて送信下さい。
＊当日受診や入院依頼などは、本書を使用せず直接地域連携室にご連絡下さい。

紹介元	医療機関名：		申込担当者名：
患者情報	友愛会 受診歴	有☐　無☐　不明☐	
	患者氏名 （カナ記載で構いません）	（旧姓：　　）	
	生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日	

下記項目いずれかへ☑をお願い致します。

☐	予約センター（850-3988）を案内しています。（後日、患者/家族から予約センターへ連絡予定）	
☐	日程調整は、友愛医療センターから、 直接本人/家族へお願いします。 ＊当院からの折返しは翌日以降になる可能性がございます。 連絡先：　　（続柄：）	☐２週間以内（ ☐担当医指示　　☐患者様希望） ☐２週間以降可 【希望日：　　】 【都合悪い日：　　】
☐	内容確認後、紹介元への連絡を希望します。 （紹介元から患者/家族へ連絡予定） ＊当院からの折返しは翌日以降になる可能性がございます	備考：

＊御希望日に添えない場合もございます。
＊お手数ですが、FAX 送信後、地域連携室へ FAX 到着確認の TEL をお願い致します。
＊予約が確定次第、紹介元医療機関様へ報告のため「予約票」を送信させて頂きます。

更新：2023 年 4 月 22 日
友愛医療センター 地域連携室