

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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
	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。

<input type="checkbox"/>	<u>予約センター (850-3988) を案内しています。</u> (後日、患者/家族から予約センターへ連絡予定) ※腎・泌尿器外科、小児科・リウマチ膠原病科・心臓血管外科 (静脈瘤・下肢動脈硬化外来は除く) は、予約センターの案内ではなく下記いずれかにチェックをお願いします。
<input type="checkbox"/>	<u>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。</u> * 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。 <u>連絡先:</u> (続柄: ) <input type="checkbox"/> 2週間以内 ( <input type="checkbox"/> 担当医指示 <input type="checkbox"/> 患者様希望 ) <input type="checkbox"/> 2週間以降可 【希望日: 】 【都合悪い日: 】
<input type="checkbox"/>	<u>内容確認後、紹介元への連絡を希望します。</u> (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」を送信させていただきます。