**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

FAX　098-852-2152

＊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）※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。 |
| □ | **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。