

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

下記項目いずれかへ をお願い致します。

<input type="checkbox"/>	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）、放射線科、産科は、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"/>	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。 連絡先 : (続柄 :)	□ 2週間以内 (<input type="checkbox"/> 担当医指示 <input type="checkbox"/> 患者様希望)	□ 2週間以降可 【希望日】 【都合悪い日】
<input type="checkbox"/>	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。