

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"/>	<b>予約センター（850-3988）を案内しています。</b> （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"/>	<b>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。</b> ※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。 <b>連絡先：</b> (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 <b>【希望日】</b> <b>【都合悪い日】</b>
<input type="checkbox"/>	<b>内容確認後、紹介元への連絡を希望します。</b> (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。

更新：2026 年 2 月 2 日  
友愛医療センター 地域連携室