

FAX番号 0745-65-2380

令和 年 月 日

済生会御所病院 診療予約依頼書 (FAX専用)

☆下記の患者様の診療をお願いします。  
☆「診療情報提供書」と「持参資料」は  
本人が受診日に持参します。

郵便番号 —  
所在地  
医療機関名  
医師名  
TEL ( ) —  
FAX ( ) —

ふりがな		生 年 月 日	性別	入院中
患者氏名		( 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ) 年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女	有 ・ 無
患者住所	〒 TEL ( ) —			
依頼 診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 (依頼診療科の□にチェックをしてください) ・内科のご紹介患者様で、医師の指定がある場合は初診担当日、もしくは予約の上 ご紹介ください ※診療希望医師 _____ Dr			
診療希望日	月 日 ( ) または 月 日 ( )			
紹介目的 (傷病名)				
貴院での状況	<input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅			
受診に関する ご要望				

CT・MRI (放射線科) ・超音波検査 (中央検査科) ・内視鏡検査 (内科外来) の  
予約につきましてはこの依頼書によらず直接お電話いただきますようお願いいたします。

済生会御所病院 地域医療連携室  
TEL 0745-62-3585 (病院代表)  
FAX 0745-65-2380 (地域医療連携室直通)