池井病院初診予約申込書

池井病院地域連携室　行　【FAX：0984-24-0119】

地域連携室直通電話：0984-24-0115　/　池井病院代表：0984-23-4151

**＜※　緊急性が高い場合は直接ご連絡下さい。＞** FAX受付：月～金　午前9：00～午後4：00

 　 土曜日　午前9：00～11：30

＜紹介元医療機関情報＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　　称 |  | 電　話ＦＡＸ | 　　（　　）　　（　　） |
| 医　師　名 | 　　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生 | ご担当者名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |

＜患者情報＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴院へ | □通院中（待機中□／帰宅□）　　　　　□入院中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| フ　リ　ガ　ナ | 　　　　　　　　　　（旧姓） | 性　別 |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日　　（　　）才 |
| 住　　　所 | 〒TEL　　　 　　　　（　　　　）　　　－　　　　　　　　　 |
| その他連絡先 | 勤務先／携帯電話等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

＜傷病名・紹介目的＞

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | ※診療情報提供書・採血データ・お薬情報を必ず添付してください。 |
| 受診希望科　　　　　　　　　　　　 |  |
| 希望医師 | □有　医師名：　　　　　　　　　　　　医師　　　　□　なし |
| 希　望　日 | □　第一希望　　　　　月　　　日　　　　　　　　　□　希望なし□　第二希望　　　　　月　　　日　　　　　　　　 |

≪注意事項≫ＦＡＸを受信後、予約が取れ次第ご連絡いたします。尚、診療状況によってお時間が掛かる場合がございますのでその旨ご連絡差し上げます。（時間外・日曜・祝日は翌診療日の回答となります）