

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 | () |
| | | F A X | () |
| 医 師 名 | 科 | ご担当者名 | |
| 所 在 地 | 〒 | | |

<患者情報>

| | | |
|--------|--------------------|-----|
| 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>

| | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 傷 病 名 | |
| 紹 介 目 的 | 診療情報提供書添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※血液内科/糖尿病内科/膠原病・感染症内科へご紹介の際は最新の血液データの添付をお願いいたします。 |
| 希 望 診 療 科 | |
| 希 望 医 師 名 | <input type="checkbox"/> 有 医師名： <input type="checkbox"/> なし |
| 希 望 日 | ※糖尿病内科の予約はこちらからの指定日をお願いしております。 <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日 |

<<注意事項か>> F A X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)