

## 地域連携枠専用診療予約申込書

(FAX:076-434-5105)

本申込書と診療情報提供書の2点をFAXにてお送りください。

希望診療科、診療枠については、地域連携枠専用診療予約枠一覧を参照いただき、必ずご記入ください。

※太枠内についてご記載ください。

<input type="checkbox"/> FAX予約		<input type="checkbox"/> 電話予約		患者ID		—		—	
紹介元	医療機関名				電話				
	診療科				FAX				
					担当者				

患者情報	フリガナ				旧姓	性別	富山大学附属病院受診歴		
	患者氏名					男・女	□有 ・ □無 ( ID: — — )		
	生年月日	大・昭・平・令		年	月	日			
	住所	〒							
	電話番号				携帯番号				
	患者状況	車いす・ストレッチャー・該当なし				入院中	□該当 □非該当		

診療依頼内容	希望診療科 (略称) ※記入必須				希望診療枠 (略称) ※記入必須						
	医師の指定	□無 □有 医師名 ( )									
	診察希望日	第1希望	令和	年	月	日	第2希望	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項 (都合が悪い日や緊急の場合等)									

## 返信・予約控

患者氏名 _____ 様	【受付案内図】 病院玄関ホール
予約日 _____ 月 _____ 日 ( ) _____ 時 _____ 分	
予約時間の30分前までに、病院玄関ホール1階 1番窓口へ (右記案内図参照)、本状、紹介状、保険証(マイナンバーカード)、 お薬手帳、当院の受診カード(お持ちの方)をお持ちください。 予約当日に来院できない場合は、当院医療福祉サポートセンターへ ご連絡ください。(TEL:076-434-7804) 予約時間は、予診や検査が始まる目安の時間です。診察まで1~2時 間かかることがありますので、ご了承ください。	

2023.3

※当院記入欄

<input type="checkbox"/> ハイキ	<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 固定・携帯	照合	電カル	医事(初)	医事(再)	受付
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----	-----	-------	-------	----