

申込日 年 月 日

聖マリアンナ医科大学病院 FAX 予約申込用紙

FAX 番号 044-975-0608

※診療情報提供書作成済みの場合は、「本申込用紙」と共にご送付ください
診療情報提供書がない場合は、下記太枠内【症状・診断・紹介目的】を必ずご記入ください

【症状・診断・紹介目的】※診療情報提供書の添付がない場合は必ずご記入ください

◆ご予約を希望される診療科

診療科	
医師名	
専門外来	

◆ご予約を希望される検査

項目	画像	内視鏡	超音波	他
項目詳細				
部位				
造影	無		有	

◆診療または検査ご希望日(①から希望順にご記載ください)

①	月	日	時	②	月	日	時	③	月	日	時
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

◆ご紹介いただく患者様の情報

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			
患者氏名	(旧姓)			年 月 日 (歳)			
住所	〒	電話(自宅) (携帯)					
当院の受診歴 有 ・ 無		当院診察券番号					

◆紹介元情報

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
診療科名	
医師名	

※FAX 予約の手順

①紹介元医療機関より2点 FAX をお願いします
「申込書」「診療情報提供書」
受付時間 8:30～
(受付終了後の FAX は翌日対応となります)

②当院地域医療連携室で予約取得
紹介元医療機関へ「予約票」を返送いたします
15～20 分後に FAX で返送いたします
予約内容によりお待たせする場合は連絡します

③紹介元医療機関より患者さんに2点
お渡し下さい
「予約票」「診療情報提供書(原本)」

お問い合わせ : 聖マリアンナ医科大学病院 地域医療連携室

FAX 受付時間 : 平日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:00 電話 044-977-8111(代表)