

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)