

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

※「本申込用紙」と「診療情報提供書」をご送信ください。

◆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 | | | | | |

病名・症状(診療情報提供書同送の場合は記入不要)

◆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) 内線 6382