

(医療機関専用)

# 香芝旭ヶ丘病院 紹介患者 予約申込書

年 月 日

(予約申し込みFAX番号 0745-78-5090(直通))

受付時間 9:00~17:00 (日祝日及び12/30~1/3を除く) ※FAX受信は24時間対応です

※診療情報提供書添付でFAXして下さい

希望診療科

- 整形外科       循環器科  
 内科             脳外科  
 リウマチ科       (            )

希望医師名

紹介元医療機関名	
所在地	
担当診療科	
医師名	
担当氏名(部署)	(            )
TEL	
FAX(予約票送付用)	

医師

<input type="checkbox"/> いつでも可	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日	現状況
		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来

病名		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 継続診療	
	<input type="checkbox"/> 精査	
	<input type="checkbox"/> 手術など	
持参資料	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> その他(            )	

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	年 月 日 歳		
		電話	(自宅)		
			(携帯)		

※注意事項

予約申込書と診療情報提供書とともにFAX送信して下さい。  
尚、診療情報提供書の原本は患者様にお渡し頂き、当院受診時にご持参下さいませようお願いします。  
各科の診療状況によりましてご希望に添えない場合がございます。ご了承下さい。  
予約日の調整に医師の確認が必要な場合があり、回答が遅くなる場合があります。その際はお電話にて状況のご案内をさせていただきます。  
また、お申し込み時間により回答が翌日になる場合がございます。ご了承下さい。

社会医療法人高清会 香芝旭ヶ丘病院  
TEL 0745-77-8101(代表) FAX 0745-78-5090(代表)