

外来受診 事前予約申込書

科	紹介元医療機関名 所在地 電話番号 F A X 番号 医師名
先生	
医師を指定されない場合は 診療科のみご記入下さい。	

患者情報

ふりがな	(旧姓)	生年月日	年齢	性別
患者氏名	()	大・昭・平・令 年 月 日	歳	男・女
住所	〒 ー ー 電話番号 (ー ー) 携帯番号 (ー ー)			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 精査依頼 <input type="checkbox"/> その他			
依頼内容				

※当申込書と診療情報提供書を当院へFAX送信下さいますようお願い致します。

基本情報

◎予約通知希望	至急 ・ 本日中	当院受診歴	有 ・ 無	診察券番号	:
◎受診希望日	第一希望日	月 日 ()	第二希望日	月 日 ()	
◎ご都合の悪い日	月 日 ()				
同日予約の希望	有 ・ 無	診療科名	科	*診療科によっては ご希望に添えない場合もございます。	
		予約日	月 日		
A D L	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
移動方法	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 介護タクシー			
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	⇒入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。		

【予約受付時間】 平日 午前 9:00 ~ 午後 16:00

*時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

*連絡までにお時間を頂く場合がございます。お急ぎの場合はお手数ですがご連絡下さい。

【手続き】

*「外来受診事前予約申込書」と「診療情報提供書」を事前にFAX送信して下さい。

予約日を調整し「ご予約通知票」をFAXにてお送りいたします。

*診療科によっては、予約待機期間が長期化しておりますので、あらかじめご了承ください。

*血液内科予約時は、診療情報提供書と一緒に血液データ等の情報もFAXをお願い致します。

【その他】

*FAXでの「入院依頼」は受け付けておりません。

【お問合わせ】

地域医療連携センター	TEL 029-240-7807 (直通)
	FAX 029-240-7795 (直通)

* このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸医療センター地域医療連携センターに送られています。もし、誤って届いた場合は破棄して頂き、お手数ですがその旨を、上記紹介元医療機関までお知らせください。