

# 松阪中央総合病院 診療予約申込書 《FAX専用》

**FAX. 0598—21—7616**

平成 年 月 日

診療情報提供書 または この用紙をFAXしてください。診療予約をいたします。

<p><b>宛て先</b>  <b>松阪中央総合病院</b>  <b>地域医療連携室行き</b>                  〒 515-8566                  松阪市川井町字小望102番地                  TEL. 0598—21—5510(連携室直通)                  FAX. 0598—21—7616(連携室直通)</p>	<p><b>紹介元</b>                  医療機関名                   所在地                   TEL                  FAX</p>					
受診希望日	年 月 日 ( 曜 ) *都合の悪い日( ) 決定後「診療予約確認表」をファックスいたします。患者さまにお渡し下さい。					
受診科 (○で囲む)	内科・胃腸科・外科・脳神経外科・胸部外科・産婦人科・眼科・耳鼻科 小児科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・放射線科・神経内科・麻酔科 精神神経科・リハビリ科・呼吸器内科・放射線治療科					
受診希望医	Dr. 間連絡 済 未 (希望医のない場合は記入不要です)					
フリガナ 患者氏名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">男</td> <td style="width: 50%;">貴院 ID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">女</td> <td>松中 ID</td> </tr> </table>	男	貴院 ID	女	松中 ID	
男	貴院 ID					
女	松中 ID					
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才 )					
住 所	〒 TEL.					
紹介目的	診療 検査等 ( 胃カメラ・心エコー・ )					
病名・病状						
緊 急 性	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">有 無</td> <td style="width: 25%;">入院必要性</td> <td style="width: 25%;">有 無</td> <td style="width: 25%;">開放型病床希望</td> <td style="width: 20%;">有 無</td> </tr> </table>	有 無	入院必要性	有 無	開放型病床希望	有 無
有 無	入院必要性	有 無	開放型病床希望	有 無		
搬送手段	自家用車 ・ 施設車					
ADL	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー					
付 添 者	有 ( ) 無					
こちらから着信連絡をいたします。連絡ない場合は、お手数ですが お電話をお願いいたします。 「診療予約確認表」をファックスいたします。患者さまにお渡し下さい。 受診当日は、保険証、紹介状を紹介受付窓口に提出いただくようお願いください。 カルテ準備等してありますので、係りがご案内いたします。						
<b>お問い合わせ先</b> 地域医療連携室 受付時間 8:30～16:30 Faxは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応。 TEL. 0598—21—5510 直通 FAX. 0598—21—7616 直通						