

中東遠総合医療センター

外来受診

依頼申込書 FAX送付票 (医療機関用)

申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名	担当医師		電話番号		( ) —		
フリガナ	明・大・昭・平		年	月	日生 ( 才)		
氏 名	様		性別	男 ・ 女			
住 所	電話番号		( ) —				
保険者番号	記号・番号						
区 分	本人・家族	公 費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他				
受 診 希望日時	第一希望日		月	日	( 曜日) 午前 ・ 午後 時 分		
	第二希望日		月	日	( 曜日) 午前 ・ 午後 時 分		
	<input type="checkbox"/> 直近で予約の取れる日を希望 (直近日をお取りし、予約票をFAXします。)						
	<input type="checkbox"/> 当日緊急受診 (※地域連携室にお電話をお願いします。)						
	<input type="checkbox"/> 受診予約日未定のため、患者様から後日連絡						
希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 医師指定※ ( 医師)				
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 救急車利用		
受 診 科 (希望する科に ○印をつけてく ださい)	内科系	総合内科	糖尿病内分泌内科	腎臓内科	血液内科	呼吸器内科	循環器内科
		神経内科	睡眠セク-	認知症セク-			
	外科系	乳腺外科	血管外科	脳神経外科	泌尿器科	皮膚科	人工透析外科
		整形外科	脊椎脊髄	リウマチ	スポーツ		
		産婦人科 (産科・婦人科)		眼 科	耳鼻いんこう科		
	その他	消化器病センター (消化器内科・外科)			小児科	歯科口腔外科	救急科
		麻酔科	腫瘍放射線科	その他 ( )			

※医師指定ができない科や、指定された医師が変更になる場合もありますのでご了承下さい。

〒436-8555 掛川市菖蒲ヶ池1番地の1 中東遠総合医療センター

【受診の申込み】 地域連携室 直通電話：0537-28-8021 FAX：0537-28-8926  
平日は午前8時15分～午後6時 土曜日は午前8時15分～午後0時30分まで