

湖東記念病院 診察予約申込書

年 月 日

| | | | | | | | |
|-----|-------|-----|---|---|-----|---|---|
| 紹介元 | 医療機関名 | | | | | | |
| | 医師名 | 科 | | | | | |
| | 連絡先 | TEL | - | - | FAX | - | - |

| | | | | | | | |
|------|--|-----------------------------|-----------------------------|--------|--|--|--|
| 診療依頼 | 受診科 | 科 | | | | | |
| | 医師指定 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | (医師) | | | |
| | 希望日 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | () | | | |
| | ※検査依頼 (MR検査・CT検査・RI検査) はお電話ください。 下記受付時間外は病院代表(放射線科あて)へお願いいたします。 | | | | | | |

紹介目的 (病名・症状など)

患者基本情報

| | | | | | |
|------|---|------------------------------|------|------------------------------|-------|
| ふりがな | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 外来中 | | <input type="checkbox"/> 入院中 | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | () 歳 |
| 電話番号 | - | - | 携帯電話 | - | - |
| 住所 | 《〒 - 》 | | | | |
| 保険情報 | <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

医療法人社団 昴会 湖東記念病院 地域医療連携室

受付時間：平日 8:30~17:00 第2・4土曜 8:30~12:15 (日, 第1・3・5土, 祝, 年末年始を除く)

※受付時間外のFAX受信については翌営業日の返信となります。

※申込当日の診察はご予約いただけません。また、受付時間以降は翌日の診察予約はお取りできません。

TEL 0749-45-4512 (直) FAX 0749-45-3335 (直)

TEL 0749-45-5000 (代)