

# 杏林大学医学部付属病院 診療予約申込書

FAX番号 0422-44-6897

受付時間 平日 9:00~18:00 土曜日 9:00~12:00 (休診日除く)

記載日 年 月 日

診療科	科			
医師指定	無・有	先生		
第一希望	月	日	曜日	時頃
第二希望	月	日	曜日	時頃
第三希望	月	日	曜日	時頃
都合の悪い日 ( )				

紹介元
医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
診療科名
医師名

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名	旧姓 ( )		男・女	大正・昭和・平成・令和	歳
住所	(〒 - )				
電話番号	自宅 - -	携帯 - -			
当院受診歴	有 ( 年 月頃) ・ 無 ・ 不明 診療カード番号 ( )				
保険情報	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 生活保護 ・ その他 ( )				

貴院受診状況	外来通院中 ・ 入院中 (退院予定日 年 月 日)				
患者さんの移動能力	独歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー				
病名または症状					
紹介目的	[精査 ・ 加療 ・ その他 ( ) ]				
※セカンドオピニオンの申し込みは、この用紙では対応しておりません。					

- 診療情報提供書(紹介状)の写しをFAX送信をお願いします。
- 産科のお申し込みについて
  - ・ 紹介目的の欄に出産予定日(妊娠週数)、分娩希望の有無、合併症の有無と内容をご記入ください。
  - ・ 生活保護等の場合は、当院は助産施設対象外医療機関のため、自費請求となります。患者さんへご確認の上、お申し込みください。
- 消化器内科は、消化管・肝・胆膵の希望をご記入ください。

【お問い合わせ先】 患者支援センター地域医療連携 TEL 0422-44-0901 (直通)

【外来休診日】 日曜、祝日、年末年始(12/29~1/3)、創立記念日(11/11)