

## 地域連携枠診療予約申込書

(送信先)

高岡整志会病院 地域医療福祉連携室

FAX 0766-22-2510

(お問い合わせ) TEL 0766-73-8780(直通)

受付時間(休診日を除く): 月～木 (9時～16時) 金・土 (9時～12時)

- ・本申込書と診療情報提供書の2点をFAXにてお送りください。
- ・医師の希望についてはホームページの外来診療体制をご覧ください。
- ・ご返答は翌日以降に診療予約票を紹介元医療機関へFAX致します。

### 紹介元医療機関

医療機関名		電話番号	
診療科		FAX番号	
医師氏名		ご担当者名	

### 患者情報

フリガナ		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
電話番号		患者状況	車いす・ストレッチャー・該当なし
画像データ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> その他 )		

### 診療依頼内容

診察希望日	第1希望	年 月 日 ( )	9:00	・	9:30
	第2希望	年 月 日 ( )	9:00	・	9:30
	<input type="checkbox"/> 日時指定しないが直近の診察を希望				
医師の希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    医師名 ( )				

《業務連絡欄》 上記患者様より診察予約希望ありました。

年 月 日 ( ) 9:00 ・ 9:30

予約可    予約保留    理由 ( )

医師確認印

--