診療予約申込書（FAX専用）

独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター

地域医療連携室（FAX直通）025-534-6851

**《紹介元》** 医療機関：

　　　　　　医師名：

　　　　　 電話番号：

　　　　　 FAX番号：

**《受診される方》**　　依頼日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 現住所 |  | 電話番号 |  |
| 当院受診歴 | 無・有（ID：　　　　　　　　） | | |

**《保険証》**（コピーをFAXしても構いません）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  | | 本人・家族 |
| 公費負担者番号 |  | 受給者番号 | |  | |

**《紹介内容》**

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望科 | □脳神経内科　　□精神科　　□整形外科　　□小児科 |
| 紹介目的 |  |
| 受診希望日 | □あり（　　　年　　　月　　　日）  □なし |

**《その他》**

|  |  |
| --- | --- |
| 2週間以内に上越市外への外出 | □なし　　□あり（県,市名：　　　　　　 　） |
| 1週間以内の発熱 | □なし　　□あり |

**《ご案内》**

＊FAX受付時間　平日　午前9時00分～午後4時00分

＊本申込書受理後迅速に予約日時を決定し、別紙「診察予約票」にて返送いたします。

＊来院の際は患者様に「診療予約通知書」「貴院の診療情報提供書」「画像・検査結果など」を お持ちいただけるようにご配慮をお願いいたします。

＊ご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。（直通電話：025-534-6735）