富士吉田市立病院診療予約申込書（紹介患者用）

地域医療連携担当　宛
（FAX:0555－22－8018）

令和　　年　　月　　日

紹介医療機関
医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医　師　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介患者氏名	フリガナ	電話番号
	様	＿＿＿＿＿＿ （　　）
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日　　歳：性別（ 男・女 ）	
病院受診歴	なし・あり　（病院ＩＤ：　　）	
受　診　科	内科・神経内科・循環器内科・外科・整形外科 産婦人科・小児科・耳鼻咽喉科・脳神経外科 眼科・泌尿器科・皮膚科・心臓血管外科呼吸器外科 麻酔科・放射線科・精神科・形成外科 緩和ケア外来・歯科口腔外科 一般紹介検査（ＣＴ・ＭＲＩ）	
担　当　医	先生	
簡単に症状をお知らせ下さい。		
診察予約日	月　　日（　　曜日）午前　　午後	

◎放射線治療は完全予約制、月水木金曜日 10：00 と 11：00 枠で予約をお取りしております。
◎緩和ケア外来は、毎週月曜日 14：00～本田勇二 Dr が担当しております。（完全予約制）
◎内科、滝医師（糖尿病、内分泌）塚田医師（神経内科）は、予約制となっております。
◎産婦人科・小児科は予約はお取りしておりません。
◎泌尿器科は、外来担当医でご紹介下さい。
◎救急及び当日受診依頼は、依頼医師に直接お電話でご紹介下さいますようお願い致します。
◎休業日及び 17：00 以降の FAX は、翌業務日にお取扱い致しますのでご了承下さい。
◎歯科口腔外科は完全予約制、月～金曜日 8：30～12：00、13：30～16：00 枠で予約をお取りしております。救急受診依頼は、本用紙のみのご紹介で結構です。但し当院体制上、お受けできない場合もございますのであらかじめご了承くださいますようよろしくお願い致します。

富士吉田市立病院地域医療支援センター　地域医療連携担当
ＴＥＬ：０５５５－２２－４３３０（直通）
2020/02/01