

茅ヶ崎市立病院 病診連携申込書兼予約票 (TEL・FAX 0467-52-1947)

年 月 日

申込医療機関名	_____ 医院・クリニック・診療所		
医師名	_____	電話番号 ()	—
		FAX番号 ()	—

患者氏名 (ふりがな)	_____ () 様		
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日生 (男・女)	市立病院ID	
〒	—		
住所	_____	TEL ()	—

診 察 予 約	予約日変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (連絡要す)	優 先 病 床 利 用
— 診 療 科 —		— 診 療 科 —
_____ 科 _____ 医師		_____ 科 _____ 医師
予約日・時間		入院日
平成 年 月 日 時 分		平成 年 月 日

紹介元医療機関様へ

- ※ 患者さまをご紹介いただくときは、まず地域医療連携室 (TEL0467-52-1947) に電話し、予約日、時間等をお決め下さい。
- ※ 次にこの申込書兼予約票をご記入いただき、地域医療連携室 (TEL0467-52-1947) にファックスして下さい。
- ※ 診療情報提供書 (2,3 枚目) を記入し、2 枚目の市立病院提出用と、この申込書兼予約票を患者さまにお渡しいただき、受診するよう説明して下さい。

患者さまへ

- ※ 予約日には、この申込書兼予約票と紹介状をご持参になり、保険証確認窓口 (3 番) で保険証の確認を済ませてから、直接診療科において下さい。

茅ヶ崎市立病院のご案内

- ◇住 所◇ 〒253-0042
神奈川県茅ヶ崎市本村5丁目15-1
TEL 0467-52-1111 (代)
- ◇受付時間◇ 再来 午前8時00分より午前11時00分まで
新患 午前8時30分より午前11時00分まで
- ◇休 診 日◇ 土曜日、日曜日、祝日、年末年始
- ◇交 通◇ JR 東海道線

茅ヶ崎駅 (北口) 下車 徒歩25分
相模線
北茅ヶ崎駅下車 徒歩10分

バス

【JR 茅ヶ崎駅】

- ・室田循環「市立病院前」下車
- ・高山車庫行「市立病院前」下車
- ・鶴が台団地行、その他

「神奈中営業所前」下車徒歩5分

【JR 辻堂駅】

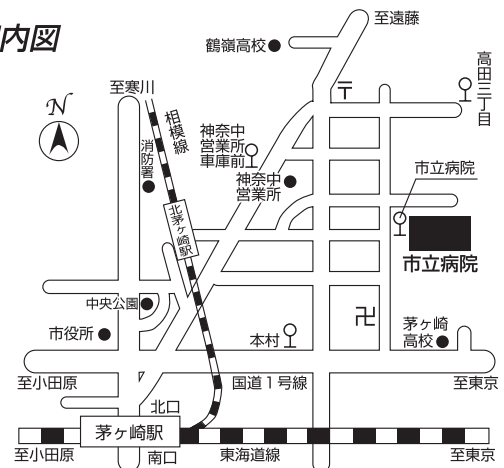
- ・茅ヶ崎駅北口行「市立病院前」下車

駐車場は280台分あり、有料です。

地域医療連携室のご案内

- ◇業務時間◇
平日午前8時30分より午後7時00分まで
(土曜日、日曜日、祝日、年末年始は休みです)
- ◇電話番号・FAX番号◇
電話番号0467-52-1947 (直通)
FAX番号0467-52-1947

案内図



(市立病院提出用)

茅ヶ崎市立病院 紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

申込医療機関名	_____ 医院・クリニック・診療所		
医師名	_____	電話番号 ()	—
		FAX番号 ()	—

患者氏名 (ふりがな)	_____ () 様		
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日生 (男・女)	市立病院ID	_____
〒	—		
住所	_____	TEL ()	—

診 察 予 約	予約日変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (連絡要す)	優 先 病 床 利 用
— 診 療 科 — _____ 科 _____ 医師 予約日・時間 平成 年 月 日 時 分		— 診 療 科 — _____ 科 _____ 医師 入院日 平成 年 月 日

傷 病 名	_____
紹 介 目 的	_____
既 往 症 及 び 家 族 歴	_____
症 状 経 過 治 療 経 過 及 び 検 査 結 果	_____
現 在 の 処 方	_____
そ の 他	市立病院での診療終了後、患者様の逆紹介を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

(紹介元控)

茅ヶ崎市立病院 紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

申込医療機関名	_____ 医院・クリニック・診療所		
医師名	_____	電話番号 ()	—
		FAX番号 ()	—

患者氏名 (ふりがな)	_____ () 様		
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日生 (男・女)	市立病院ID	_____
〒	—		
住所	_____	TEL ()	—

診 察 予 約	予約日変更 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (連絡要す)	優 先 病 床 利 用
— 診 療 科 — _____ 科 _____ 医師 予約日・時間 平成 年 月 日 時 分		— 診 療 科 — _____ 科 _____ 医師 入院日 平成 年 月 日

傷 病 名	_____
紹 介 目 的	_____
既 往 症 及 び 家 族 歴	_____
症 状 経 過 治 療 経 過 及 び 検 査 結 果	_____
現 在 の 処 方	_____
そ の 他	治療終了後または症状安定後の逆紹介を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない