

## 病診連携申込書(FAX 0467-51-1100)

年 月 日

紹介元医療機関名			
〒 _____			
住所(登録医は不要)			
医師名	( _____ 科)	TEL _____	FAX _____

※事前にカルテを作成するため、下欄へ漏れのないようにご記入下さい。

患者氏名(フリガナ) ( _____ ) 様			
生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (男・女) 茅ヶ崎市立病院ID			
〒 _____			
住所 TEL _____			

※受診する診療科に○をつけて下さい。なお、医師の指定がある場合は欄外にご記入下さい。

総合内科	循環器内科	小児科	脳神経外科
脳神経内科	腎臓内科	整形外科	眼科
呼吸器内科	ブラッドアクセス外来	乳腺外科	放射線科
消化器内科	リウマチ膠原病内科	皮膚科	耳鼻いんこう科
代謝内分泌内科	一般・消化器外科	泌尿器科	形成外科
糖尿病連携パス外来	呼吸器外科	産婦人科	歯科口腔外科

予約希望	<input type="checkbox"/> 至急	<input type="checkbox"/> 普通
都合の悪い日時		
予約日変更	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可(連絡要す)

医師希望
------

優先病床利用		
診療科		
	科	医師
入院日		
	年 月 日	

紹介元医療機関様へ

- ※ 患者さんをご紹介いただく際は、この「病診連携申込書」をご記入いただき、患者支援センターまでFAX送信して下さい。
- ※ ご希望に沿って予約可能な日でお取りしますが、予約状況によってお取りできない場合は、必要に応じて患者支援センターから電話連絡し、調整いたします。
- ※ 患者支援センターで「予約票」を作成し、紹介元医療機関へ折り返しFAX送信いたします。
- ※ 平日の8時30分から18時まで、土曜日の9時から12時30分までに受信したFAXは当日中に回答いたしますが、それ以外の時間帯に受信したFAXは翌営業日に回答いたします。
- ※ 診療情報提供書と「予約票」を患者さんにお渡し下さい。
- ※ 患者さんには受診当日、健康保険証(医療受給者証等)、診療情報提供書、予約票、診療券をご持参の上、紹介患者受付3番へお越しいただくようご説明下さい。
- ※ 当日の予約はお取りできません。

患者支援センターのご案内

《業務時間》 平日 8時30分から19時まで  
土曜日 9時から13時まで  
(日曜、祝日、年末年始は休みです)

病診連携予約専用連絡先

TEL 0467-52-1947  
FAX 0467-51-1100