

※当院記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

天理よろづ相談所病院 紹介患者 予約申込書

(予約申し込みFAX番号 0743-63-6158) ※診療情報提供書と一緒にFAXして下さい

受付時間平日9:00~16:30(土日祝日及び4/1、12/29~1/3を除く)※FAX受信は24時間対応です

希望診療科

科

希望担当医

医師

冠動脈256列CT(心臓CT)検査予約のみ

紹介元医療機関名	登録No ()
所在地	
担当診療科	
医師名	
担当部署	
担当者氏名	
T E L	
FAX(ご予約票送付用)	

患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			. . (歳)
住所	〒 TEL ()		
病名			
紹介目的	※診療情報提供書と共にFAX送信してください。 ※簡単な紹介目的をご記入ください。 (例、継続診療・精査加療・手術目的など)		
	貴院の状況		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中
	待ち状態	<input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 院外	持参資料 <input type="checkbox"/> 血液検査・ <input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 心電図
緊急性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	当院の受診	<input type="checkbox"/> あり(旧姓) <input type="checkbox"/> なし

受診希望日・曜日など

都合の悪い日

いつでも可

※注意事項

・予約申込書と診療情報提供書と共にFAX送信してください。
なお、診療情報提供書の原本は、患者さんにお渡し頂き、当院受診時にご持参下さいますようお願い致します。

- ① 担当医師、受診希望日の希望に添えない場合がございます。ご了承ください。
- ② 予約日の調整に医師の確認が必要な診療科が一部あり、回答が遅くなる場合があります。その際は、当院から紹介元医療機関担当者の方へ、電話にてご連絡いたします。
- ③ 予約申込書FAX送信後、**40分過ぎても診察予約票が届かない**、若しくは②が無い場合はお手数ですが下記までご一報下さいますように宜しく願いいたします。
- ④ 受付時間外のFAX到着分は、翌日に処理させていただきます。