

FAX 0538-38-5295

磐田市立総合病院 Fax予約 外来受診申込書 (医療機関用) (様式2-1)

受診希望日時 診療科	① 年 月 日() ② 年 月 日() ③ 希望なし					
	都合の悪い日:					
	希望診療科			希望医師	医師 希望医師はご意向に添えない場合があります。	
【希望診療科への紹介理由を、必ずご記入ください】 例:症状が〇〇で、△△科の診察が必要と思われるから						
()						
フリガナ						性別
紹介患者名						男性・女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)					
住所	〒() マンション・アパート名まで記入してください					
電話番号	() -		紹介元医療機関 (医療機関名 住所 電話 FAX)			
携帯電話	- - (本人・)					
保険区分	自賠・労災・公災・通勤災害・自費・生保・その他()					
保険者番号				記号番号		
本人・家族の別	本人・家族			一部負担金の割合	割	
公費負担者番号				受給者番号		
外来診療科一覧 (上記予約科に診療科を記入してください)						
受診科	呼吸器内科	消化器内科	肝臓内科	循環器内科	脳神経内科	腎臓内科
	糖尿病・内分泌科	リウマチ科	小児科	外科	呼吸器外科	消化器外科
	血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	乳腺外科	産婦人科
	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	麻酔科	精神科
	放射線治療科	歯科口腔外科	リハビリテーション科			
<p>お願い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当日受診、血液内科・緩和医療科受診、放射線検査の場合は、お電話ください。 ・予約は、受診日前日18時までの対応となります。(平日18時以降(土曜日12時以降)は、翌診療日のお返事となります。) ・放射線治療科の受診を希望する場合、主たる診療科と併せてご予約ください。(それぞれに紹介状をお願いします。) ・当院より、外来受診予約票が届きましたら、翌診療日の17時までに紹介状をFAXいただきますようお願いいたします。 <p>●疾患症状等による依頼先診療科</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やけど、熱傷、5cm以下の皮下腫瘍、顔の傷、眼窩骨折、褥瘡、粉瘤→形成外科 ・5cm以上の皮下腫瘍、肋骨骨折→整形外科 ・虫垂炎、尿管ヘルニア→外科 ・鼻骨骨折、めまい→耳鼻いんこう科 ・頬骨骨折→歯科口腔外科 ・急性腹症→消化器内科 ・縦隔腫瘍、気胸→呼吸器内科 ・認知症の鑑別→脳神経内科 ・小児科:精神疾患は不可、磐田市のお子さんの発達については要相談 ・脳神経外科:外傷や出血など確定したもののみ ・精神科:高校生以上 						

