

# F A X 診 療 予 約 申 込 書

受診する科を○で囲んでください

H29.1 月改

総合診療科 (内科)	呼吸器 内科	消化器 内科	神経 内科	もの忘れ 外来 (神経 内科)	循環器 内科	小児 科	外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	脳 神 経 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	婦 人 科	内 視 鏡	超 音 波 検 査	栄 養 指 導	(糖尿病 パス*)
---------------	-----------	-----------	----------	--------------------------	-----------	---------	--------	------------------	------------------	-----------------------	-------------	------------------	-------------	-------------	-----------------------	------------------	--------------

神奈川県立足柄上病院 宛 (F A X . 0 4 6 5 - 8 2 - 1 1 9 1 )

年 月 日

予約希望  至急の予約  普通予約

紹介医療機関の名称

希望日	
-----	--

住所 〒( )
電話番号 - -
FAX 番号 - -

足柄上病院の受診歴  ある  ない

紹介医師名

希望 担当医	科	宛
-----------	---	---

※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

足柄上病院  
診療券番号

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

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女 (M) (F)	明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H) 年 月 日
現住所	(アパート・マンション名)		電話 ( )

**※総合診療科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・神経  
内科・外科・皮膚科・形成外科・婦人科・泌尿器科・脳神経  
外科の受診をご希望の場合、診療情報提供書も一緒に F A X  
をお願い致します。**

独歩  
 車椅子  
 ストレッチャー

\*糖尿病パス (栄養指導・フットケア) は別途申込書がございますので、地域医療連携室までお問い合わせ下さい。

※ F A X 申し込みにについてのご案内 ※

- ・予約受付は下記の時間内で行っています。  
平日 午前8時30分～午後4時30分
- ・折り返し、予約票を F A X いたします。
- ・患者さんに紹介状、予約票 (予約回答書の下半分) をお渡し下さい。
- ・患者さんには受診当日、健康保険証、紹介状、予約票をお持ちいただき、  
**足柄上病院 1 号館 1 階「総合受付 8 番窓口」**にお越しいただくようご説明ください。

☆当日診療科の受診を希望される場合、土・日曜日、夜間の受診依頼は下記番号へ  
直接お電話下さい

0 4 6 5 - 8 3 - 0 3 5 1 (代表)