

神奈川県立足柄上病院 地域医療連携室 FAX 診療予約申込書（医療機関専用）

下欄へご記入の上、診療情報提供書を添付し FAX 送信して下さい

送信先 FAX 番号：0465 - 82 - 1191（地域医療連携室直通）

受付時間：月曜日～金曜日 8：30～16：30（祝日、年末年始を除く）

上記時間以外のお申し込みに関しては、翌日受付時間の連絡となります。

お申込は医療機関からのみ可能です。

【お問い合わせ】地域医療連携室 0465-83-0351（病院代表）

患者情報

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
TEL		
住所	〒	

紹介元医療機関・施設情報 押印可

フリガナ 名称 所在地 TEL FAX	
診療科	医師 ご連絡担当者様

受診希望日 月 日

「足柄上病院」と「患者様またはご家族様」が直接日程調整することを希望する

泌尿器科・形成外科を除き予約時間は午前です。

整形外科は症状によって曜日を指定させて頂くことがあります。

希望診療科（ をつけて下さい。予約可能な曜日は以下の通りです）

総合診療科（月～金）	外科（月～金）
呼吸器内科（月・火・木）	整形外科（月・火 祝日明け除く・水・木・金）
消化器内科（月～金）	脳神経外科（月・火・金）
脳神経内科（火4週・水1・3週）	形成外科（火）13：30のみ
もの忘れ外来 脳神経内科（金2・4週）	皮膚科（月～金）
循環器内科（月・火・水・金）	泌尿器科（火・木・金）
小児科（月～金）	婦人科（水・金）

確認事項（該当する項目にレ点をつけて下さい）

1. 足柄上病院への受診歴が ある（ID ） ない
2. ストレッチャーを利用して来院する