

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 | 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

※耳鼻咽喉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）             |
| 脳神経内科（火2・4週・水1・3週）  | 形成外科（水）9：00            |
| もの忘れ外来 ※脳神経内科 毎週金曜日 | 泌尿器科（月～金）              |
| 循環器内科（火・水・木）        | 婦人科（水・金）               |
| 小児科（月～金）            | 耳鼻咽喉科（月～水）14：00        |
| 眼科（月～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