

FAX診療申込書

日本医科大学千葉北総病院
医療連携支援センター 行
FAX 0476-99-1991

〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
TEL 0476-99-1111(代表)
0476-99-1810(ダイヤルイン)
電話対応時間 平日8:30~17:00(土曜~16:00)

紹介元
医療機関名
〒
所在地
.....
医師名
.....
TEL
.....
FAX
.....

<住所> 〒
.....
<TEL> - -
フリガナ
<氏名> 男 明・大・昭・平・西暦 年 月 日生(才)
.....
様
女 <受診歴> 無・有 当院 ID
(旧姓)
<保険種別> (健保・労災・自費・生保・無保険) 被保険者 (本人・家族)

ご希望の診療科に○をご記入ください。

循環器内科	腎臓内科	脳神経内科	消化器内科	血液内科	内分泌内科	呼吸器内科	消化器外科	乳腺科	心臓血管外科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	小児科	眼科	女性診療科・産科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	放射線科	メンタルヘルス科	麻酔科	形成外科	リハビリテーション科	救命救急センター	歯科
※ ¹															※ ²				※ ³	※ ⁴		※ ⁵			
外来担当医 または(先生)※ ⁶														<受診予定日> 年 月 日(曜日) ・ 未定											

※¹ 不整脈、睡眠時無呼吸症候群の患者さんは受診日の案内がありますのでご一報ください。

※² FAX送信後、患者さんより予約取得をお願いいたします。
女性診療科・産科外来 TEL0476-99-1111(受付時間:月~金 14:00~15:30)

※³ 医療機関から予約取得、キャンセルの連絡をお願いいたします。
医療連携支援センター TEL0476-99-1810

※⁴ FAX送信後、患者さんより予約取得をお願いいたします。
メンタルヘルス科外来 TEL0476-99-2078(受付時間:月~金13:00~16:00 土13:00~15:00)

※⁵ 要予約。FAX送信ください。予約取得後ご連絡いたします。

※⁶ 医師の指定により、予約が必要な場合はご連絡させていただきます。

FAX診療申込書と診療情報提供書をFAX送信してください。

(診療情報提供書は貴院の書式をお願いいたします。)

診療受付時間外・緊急時には電話にてご一報下さい。

救急外来 0476-99-1111(代表)

各種ホットライン

脳卒中ホットライン 0476-99-1876

小児科ホットライン

0476-99-0795