

新潟臨港病院 新潟万代病院 **外来診療・委託検査 予約申込書**

臨港：地域連携センター医療連携室 専用 TEL 025-275-2239 FAX 025-275-2208
 万代：地域連携室 専用 TEL 025-244-4701 FAX 025-244-4702

- 外来診療予約の場合：①～⑥の欄にご記入の上、ファクス送信ください。
- CT、MRI 検査予約の場合：①～⑥の欄および別紙 様式②にもご記入の上、同時にファクス送信ください。
- ※ 入院依頼は様式③、PSG 検査入院依頼は様式④を使用してください。

① ご依頼元	医療機関名			
	医師名	ご連絡担当者	様	
	電話	F A X		

② ご依頼の内容	<input type="checkbox"/> 外来診療予約（連携診療： <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> CKD） / <input type="checkbox"/> 委託検査予約（ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI）			
	診断名・疑病名・検査部位・ご要望事項など ※医師選定のため簡単に記載してください <small>診療情報提供書を同時送信する場合、委託検査予約の（様式②の記載がある）場合は記載不要です</small>			

③ ご紹介いただく患者様	フリガナ				旧姓	年齢	性別
	氏名	様				歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦			年	月	日
	住所	〒			電話番号()	-	

④ 保険情報 (任意記入)	患者様の同意の上で下欄にご記入いただくか、保険証類を FAX ください (来院待ち時間短縮のため) ※委託検査の場合、記載不要										
	主保険	保険者番号								<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
		記号	番号				負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
	公費①	負担者								受給者	
公費②	負担者								受給者		

⑤ 予約のご希望	
予約希望日	年 月 日(曜日)
診療科 及び 担当医のご希望	科 医師

⑥ 臨港病院・万代(旧通信)病院 いずれかの受診歴										
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (診察カードの番号がわかればご記入下さい)										

○ FAX 予約について 予約票発行業務時間：月～金曜 8:30～16:30 ※祝祭日、特定休診日を除く

- ・ 上記時間以外に FAX が到着した場合、翌外来診察日の朝にお返事いたします。
- ・ 急患のご依頼は電話でご相談ください。
- ・ 当日診療予約：【臨港】泌尿器科午後診療分のみ正午まで受付【万代】要相談

FAX 受信は常時可能です

※お急ぎの事情等ある場合は、FAX 送信前に電話でご相談ください。

病院処理欄

受付： 月 日 時 分 → 回答： 月 日 時 分 担当者