ＦＡＸ番号　０７４５－６５－２３８０

平成　　年　　月　　日

済生会御所病院　診療予約依頼書　（ＦＡＸ専用）

☆下記の患者様の診療をお願いします。
☆「診療情報提供書」と「持参資料」は
　本人が受診日に持参します。

郵便番号　　－
所在地
医療機関名

医師氏名
ＴＥＬ　（　　）　　－
ＦＡＸ　（　　）　　－

ふりがな		生年月日	性別	入院中
患者氏名		（明・大・昭・平） 年　月　日（　歳）	男・女	有・無
患者住所	〒 ＴＥＬ（　　）　－			
保険者番号		公費負担者番号		
記号	番号	公費受給者番号		
＊被保険者との続柄【　本人　・　家族　（被保険者氏名：　　）】 ＊当院受診歴　【　有　・　無　】				
依頼診療科	□　内科　□　外科　□　整形外科　□　脳神経外科　□　泌尿器科 □　耳鼻咽喉科　□　眼科　□　産婦人科　□　心臓血管外科　□　皮膚科 （依頼診療科の□にチェックをしてください） ・内科のご紹介患者様で、医師の指定がある場合は初診担当日、若しくは予約の上ご紹介ください。 ・小児科の診療予約は行なっておりません。 ※　診療希望医師　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿Ｄｒ			
診療希望日	月　日（　）または　月　日（　）			
紹介目的（傷病名）				
受診に関するご要望				

なお、ＣＴ・ＭＲＩ・ＲＩ検査（放射線科）・超音波検査（中央検査科）・内視鏡検査（内科外来）の予約につきましては、この依頼書によらず直接お電話いただきますようお願いします。

済生会御所病院　地域医療連携室　　行
ＦＡＸ　０７４５－６５－２３８０　　地域医療連携室直通
ＴＥＬ　０７４５－６２－３５８５　　内線１２１０