

TEL:098-850-3811 (内線 1175/1178)

TEL:098-852-2575 (地域連携室直通) \*医療機関専用回線

申込日: 年 月 日

## 社会医療法人友愛会 豊見城中央病院

### 受診予約申込書 兼 FAX 送信表

FAX 098-852-2152

\*診療情報提供書も併せて送信下さい。

\*当日もしくは一週間以内の受診希望や、入院依頼などは、直接地域連携室にご連絡下さい。

紹介元	医療機関名:		申込担当者名:		
	豊見城中央病院 受診歴		有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>	不明 <input type="checkbox"/>
患者情報	患者氏名 (カナ記載で構いません)		(旧姓: )		
	生年月日		T・S・H	年	月 日

\*氏名(カナ)は一部伏せて頂いても構いませんが、生年月日は伏せずに送信お願い致します。

下記項目いずれかへをお願い致します。

<input type="checkbox"/>	予約センター(850-3988)を案内しています。(後日、患者/家族から予約センターへ連絡予定)		
<input type="checkbox"/>	日程調整は、 <u>豊見城中央病院から、 直接本人/家族へ</u> お願いします。 *当院からの折返しは翌日以降になる可能性があります。	連絡先: (続柄: ) <small>情報提供書に記載済みの際は省略可</small>	
		希望日:	特になし <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	内容確認後、 <u>紹介元への連絡を希望</u> します。 (紹介元から患者/家族へ連絡予定) *当院からの折返しは翌日以降になる可能性があります。	都合の悪い日:	特になし <input type="checkbox"/>
		備考:	

\*御希望日に添えない場合もございます。

\*お手数ですが、FAX送信後、地域連携室へFAX到着確認のTELをお願い致します。

\*予約が確定次第、紹介元医療機関様へ報告のため「予約票」を送信させていただきます。