

# 沼津市立病院 受診予約申込票 (FAX : 055-924-5175)

令和5年11月以降用

## 地域医療連携室

〒 410-0302

静岡県沼津市東椎路字春ノ木550番地

電話 : 055-924-5122 (地域医療連携室直通)

電話 : 055-924-5100 (代表)

FAX : 055-924-5175

受付 : 8:30~16:30

(土・日・祝祭日、年末年始12/29~1/3を除く)

※ 時間外・休日のお申し込みにつきましては、翌診療日のお返事となります。

送信元	
医療機関名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
担当医師名 または 連絡担当者名	

フリガナ							当院ID
患者氏名	様 (旧姓)						受診歴 有 / 無
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男 / 女
現住所	〒						
患者電話番号	-	-		携帯電話番号	-	-	

**主訴** または **診断名 (病名) ・ 症状**

**紹介目的** 【 入院 ・ 転院 ・ 手術 ・ 精密検査 ( ) ・ その他 】  
(本票と同時に、診療情報提供書をFAX送信していただける場合は、記入の必要はありません)

**受診希望日、診察希望医師名等**  
※ 記入がない場合、希望日の予約が取得できない場合は**最短で**予約をお取りいたします。  
希望日: ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日

希望医師名: \_\_\_\_\_ 医師

・ 該当する場合、□にレをお願いします。  入院中  車いす  ストレッチャー

希望診療科 “○”をつけてください	糖尿病・内分泌代謝内科 【月～金】	外科 一般外科 【火～金】 乳腺外科 【月・水・金】	小児外科 【木】	
	脳神経内科 【月・水・金】 ※ 医師が診療情報提供書を確認後 診療予約券を返信いたします	消化器内科 【月～金】	整形外科 関節・スポーツ 【月・火・金】 一般・外傷 【月～金】 脊椎脊髄外科 【月・水・木】	
	腎臓内科 【木・金】	リウマチ膠原病科 【火・木・金】	呼吸器内科 【月・火・木・金】 ※ 医師が診療情報提供書を確認後 診療予約券を返信いたします	呼吸器外科 【月・水・金】
	泌尿器科 【月・火・木】	心血管外科 【火】	産婦人科 【月～金】	歯科口腔外科 【月～金】
	耳鼻いんこう科 (頭頸部外科) 【月・水・木】	形成外科 【火・水・金】	皮膚科 【月・火・木・金】	眼科 【火・水・金】

☆ 当院にて受診予約申込票を受付後、地域医療連携室より **診療予約券** を返信いたします。

貴院にて作成いただいた**診療情報提供書 (原本)**と、当院から返信した**診療予約券**を患者様へお渡しください。

診療情報提供書は、**予約日前日までに**当院へFAX送信 (055-924-5175) をお願いします。