

# 沼津市立病院 受診予約申込票 (FAX : 055-924-5175)

## 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								
患者氏名	様 (旧姓)						当院ID	
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男 / 女	受診歴 有 / 無
現住所	〒							
患者電話番号	一	一	携帯電話番号	一				一

### 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	眼科、脳神経内科 および脊椎脊髄外科 は完全予約制です。	外科 一般外科【月～金】 乳腺外科【月・水・金】	糖尿病・内分泌代謝内科 【月・水・木・金】	小児外科 【金】
	眼科(完全予約制) 【火・水・金】	消化器内科 【月～金】	関節 整形外科 一般・外傷 脊椎脊髄外科(完全予約制)【月・木】	【月・火・金】 【月～金】
	脳神経内科(完全予約制) 【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	リウマチ膠原病科 【月～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	歯科口腔外科 【月～金】
	腎臓内科 【木・金】	心臓血管外科 【火】	産婦人科 【月～金】	皮膚科 【月・火・木・金】
	泌尿器科 【月・火・木】	耳鼻いんこう科 (頭頸部外科) 【月・水・木】	形成外科 【月・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。