

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	
F A X 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	— —		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	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 【月～金】 脊椎脊髄外科（完全予約制）【月・木】	
	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。