**FAX送信票診療予約（一般外来）申込票**

**送信日　　令和　　　年　　月　　日**

**送信元**

**医療機関名：**

**所在地：**

**電話番号：**

**FAX番号：**

**医師氏名：**

**連絡担当者：**

**【患者情報】 ※ 太枠内必須項目、全てご記入をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | 年　月　日　歳 |
| 氏　名  (旧姓：　　) | 様 | 男・女 |
| 住所 |  | | | | |
| 電話 | （　　　　） | | 東札幌病院  受診歴 | 無・有（　　　　　　科） | |
| 携帯番号 | （　　　　） | | 来院時の  状態 | 歩行可・車イス・  ストレッチャー | |
| 傷病名(主訴)  紹介目的 |  | | | | |
| 受診希望  診療科 | 一般内科・血液/腫瘍内科・緩和ケア科・消化器内科・循環器内科・  呼吸器内科・心療内科・放射線科・消化器外科・乳腺/甲状腺外科・整形外科・歯科/口腔外科・麻酔科・ | | | | |
| 受診希望日 | 第１希望 | 令和　　　年　　月　　日　（月・火・水・木・金・土） | | | |
|  | 第2希望 | 令和　　　年　　月　　日　（月・火・水・木・金・土） | | | |
|  | 第3希望 | 令和　　　年　　月　　日　（月・火・水・木・金・土） | | | |
| 当院受診時に貴院入院中ですか？ 　　　はい　・　いいえ  「はい」の場合　→ 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。 | | | | | |