

Fax予約申込書

新潟市民病院

送 信 先	新潟市民病院 地域医療室 病診連携 Tel 025-281-5151 (内線 1068) Fax① 025-281-5471 Fax② 025-281-5472
--------------	---

送 信 元 (紹介医療機関)	病院・医院			科
	医師名	(貴施設担当者:)		
	Fax		Tel	

予約希望日	① 月 日 (曜日)	② 月 日 (曜日)	
希望医師	医師	症状:	
検査予約	CT	(部位) 【造影】有・無	その他検査:
	MRI	(部位) 【造影】有・無	

- ★Fax受付時間: 月～金曜日 8:30～17:00(時間外及び土・日・祝日のFax受信分は、翌受付日に返信いたします)
- ★当日の外来受診ご希望の場合(準緊急)は、Fax予約申込書と併せて診療情報提供書もFaxしてください。
当院担当医師に受け入れ可否を確認後、折返しご連絡いたします。
- ★救急車で搬送等、緊急性の高い患者さん(緊急)は、Fax予約対象外です。緊急性の高い患者さんは、当院救急外来担当医師(疾病の状況により各診療科担当医師)へお電話でご相談ください。

★市民病院受診歴 : 有・無・不明

受診歴の無い方はカルテ作成の為、貴院カルテの上書き(氏名の漢字・生年月日等の記載部分)を併せてFaxしてください。
Faxいただけない場合は、お電話にて確認させていただきます。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

データCD持参	有・無
---------	-----

(受診を希望する診療科) ○で囲んでください

消化器内科	心臓血管外科
呼吸器内科	呼吸器外科
循環器内科	脳神経外科
内分泌・代謝内科	整形外科
腎臓・リウマチ科	泌尿器科
血液内科	耳鼻いんこう科
感染症内科	眼科
総合診療内科	皮膚科
緩和ケア内科	形成外科
内科(一般)	産科
脳神経内科	婦人科
小児科	ペインクリニック外科
消化器外科	放射線診断科
乳腺外科	歯科口腔外科
小児外科	その他()

ふりがな							
氏名	男・女						
(旧姓:)							
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生満 歳						
住所 〒 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
電話 () —							
緊急時の携帯電話 () —							

診療申込年月日 令和 年 月 日

令和8年4月作成