

# FAXによる診療予約申込書



山形県立河北病院 地域医療支援部 宛  
【TEL 0237-71-1505】  
【FAX 0800-800-1506】

平成 年 月 日

医療機関名	_____
医師名	_____
電話	_____
FAX	_____

### 1 患者様の情報（★の項目は、必ずご記入をお願いします。）

(フリガナ) \_\_\_\_\_

★氏名 \_\_\_\_\_ ★性別  男 ・  女

★生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 ) \_\_\_\_\_

★住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

★電話番号 \_\_\_\_\_

☆河北病院の受診歴（○で囲んで下さい。）

有	(診察券番号 _____ )
無	

### 2 診察希望科（受診を希望する診療科及び専門を○で囲んで下さい。）

内科（消化器・循環器・呼吸器・血液・糖尿病・肝臓・腎臓・内分泌・栄養指導・心臓CT・大腸CT・その他）	小児科	外科	整形外科	泌尿器科
産婦人科（一般・特殊(不妊)）	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	人工透析
内視鏡(上部内視鏡・胃ろう交換)	緩和ケア科	ペインクリニック	リハビリテーション科	

支障のない範囲内で、概要をご記入下さい。  
(例：大腸手術依頼)

### 3 診察希望医師名（当院で受診する際、診察を希望する医師があれば名前をご記入下さい。）

\_\_\_\_\_

### 4 受診希望日（該当部分を○で囲んで下さい。）

明日 ・ 1週間以内 ・ 2週間以内 ・ その他（希望日： \_\_\_\_\_）

お申し込みいただき、ありがとうございました。  
15分以内に、当方から予約状況についてご連絡させていただきます。  
◎※緩和ケア科・ペインクリニック・リハビリテーション科については、担当の医師と調整の上、改めてご連絡させていただきます。