

# FAXによる診療予約申込書



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

令和 年 月 日

受付時間：平日8：30～17：00 土曜日8：30～14：30  
受付時間外の予約申込は翌診療日のお取り扱いになります。

医療機関名：  
 診療科：  
 医師名：  
 電話：  
 FAX：

## 1 患者様の情報 (氏名は略さずに保険証と同様にご記入ください。)

フリガナ				電話番号	-	-
氏名				携帯電話	-	-
性別	男・女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日(歳)
住所	(〒 - )					
河北病院 受診歴	有 (診察券番号	-	-	)	無	不明

## 2 診察希望科 (受診を希望する診療科及び専門を○で囲んでください。 ※下記以外の診療科の地域予約はお取りしていません。)

内科	消化器 (月・火・木・金)	血液 (水・木)	内分泌 (水・金)	糖尿病 (月・水・金)	◆糖尿病食事指導外来 (毎月 第2水)
	★総合診療 (月～金)	呼吸器 (★月・◆水)	★腎臓 (木)	◆内視鏡(胃瘻交換) (月1回 水) ※服薬情報を一緒にお送りください。	
外科 (月～金)	泌尿器科 (月・火・木)	産婦人科 (月～金)	★眼科 (火・木)	◆耳鼻咽喉科 (月・水・金)	
神経変性疾患 (月)	◆免許更新に伴う認知症検査外来(火) ※「免許更新に伴う認知症検査外来予約シート」を一緒にお送りください。				
◆★緩和ケア科 (月・火・金)	◆★リハビリテーション科(一般・医療機器共同利用による骨密度測定検査)				
病名、症状等をご記入ください。					

## 3 診察希望医師名 (希望がある場合のみご記入ください。)

[Empty box for doctor name]

## 4 受診希望日 (該当部分を○で囲んでください。)

1週間以内 ・ 2週間以内 ・ その他(希望日： )

- お申込みいただき、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いたします。
- 緩和ケア科・リハビリテーション科については、担当医師との調整が必要なため、ご連絡までに時間がかかります。
- ◆印の診療科は平日のみの受付となります。
- ★印の診療科は紹介状を事前にFAXでお送りください。