

小田原市立病院
F A X 予約診療申込書

送信先FAX：0465-34-3180（小田原市立病院予約センター）

受付時間：月曜日～金曜日（土日・祝日除く） 午前8時30分から午後5時まで
※受付時間外に到着したFAXへの回答は、翌診療日以降の回答となります。
※予約にあたり調整が必要な場合は、電話連絡いたします。
※受診までに診療情報提供書をFAXしていただくと、診療がスムーズになります。

【患者さんの基本情報】

ふりがな 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
電話番号		市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
住 所	（〒 ）		

【紹介病名・症状名】 *必須

--

【希望診療科】 ※希望する診療科に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 *抗がん剤治療継続依頼は、診療情報提供書を添付してください。 *該当する場合のみ、チェックしてください。（☐市町村の肺がん2次検診）			
<input type="checkbox"/> 循環器内科 *該当する場合のみチェックしてください（☐不整脈 ☐下肢動脈 ☐ペースメーカー外来）			
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科
<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 総合診療・感染症科		
<input type="checkbox"/> 外科 *該当する場合のみチェックしてください。（☐乳腺疾患）			
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科 *下肢血管に関連するご紹介は 循環器内科へお願いします	<input type="checkbox"/> 婦人科 (11時枠のみ)	<input type="checkbox"/> 産科 (11時枠のみ)	
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 小児科 *該当する場合のみチェックしてください (☐内分泌 ☐アレルギー<☐食負荷目的☐それ以外> ☐循環器 ☐神経 ☐血液・免疫 ☐新生児フォロー)			

*心エコー検査のみの予約です。病名をご記入ください。*検査施行後、結果を郵送します。

【検査依頼】

心エコー（病名：）

【希望医師及び受診希望日】

<input type="checkbox"/> 無	早め受診	第1希望日	第2希望日
<input type="checkbox"/> 有（ 医師）	<input type="checkbox"/> 要	令和 年 月 日（ ）	令和 年 月 日（ ）

【紹介元医療機関】 ※医療機関名・住所・電話番号・紹介医師名をご記入ください。（ゴム印可）

(医療機関名)	連絡担当者
(住所)	
(電話番号)	FAX番号
(医師名)	