

小田原市立病院
F A X 予約診療申込書

送信先F A X：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F A X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	☐ 男 ☐ 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	☐ 無 ・ ☐ 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。

☐ 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）			
☐ 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）			
☐ 消化器内科	☐ 糖尿病内分泌内科	☐ 腎臓内科	☐ 脳神経内科
☐ 膠原病・リウマチ内科			
☐ 外科 ＊該当する場合のみチェックしてください。（☐乳腺疾患）			
☐ 呼吸器外科	☐ 脳神経外科	☐ 整形外科	☐ 形成外科
☐ 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		☐ 婦人科 (11時枠のみ)	☐ 産科 (11時枠のみ)
☐ 眼科	☐ 耳鼻咽喉科	☐ 皮膚科	☐ 泌尿器科
☐ 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】

☐ 無	早め受診	第1希望日	第2希望日
	☐ 要	令和 年 月 日（ ）	令和 年 月 日（ ）
☐ 有（ 医師）			

【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）	F A X 番号
（医 師 名）	