

# Fax予約申込書

新潟市民病院

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

<b>送 信 元</b> (紹介医療機関)	病院・医院 <span style="float: right;">科</span>		
	医師名	(貴施設担当者: )	
	Fax	Tel	

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

★Fax受付時間:月～金曜日 8:30～17:15  
 (時間外及び土曜・日曜・祝日のFax受信分は、後日返信いたします)  
 ★当日の外来受診ご希望の場合は、Fax予約申込書と共に診療情報提供書も一緒にFaxしてください。  
 当院担当医師に確認後、折返しご連絡いたします。

(受診を希望する科) ○でかこんでください

★市民病院受診歴: 有・無・不明

データCD持参	有・無
---------	-----

(受診歴の無い方はカルテ作成の為、貴院カルテ上書き又  
 保険証コピーをFaxしてください)

- 
 



 -

ふりがな	
氏名	男・女
(旧姓: )	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生満 歳
住所 〒	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
電話	( ) -
緊急時の携帯電話	( ) -

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( )