

診療予約申込書 兼 診療情報提供書

※救急患者の場合はFAXでなく、お電話をお掛け下さい
048(663)1671(代表)

・予約をご希望の診療科にレ点をお付けください。

- 内科 (循環器科 呼吸器科 消化器科 腎臓内科 _____)
 泌尿器科 ※口腔外科、産婦人科、小児科午後は直接診療科外来にてご予約となります。

☆ 肺がん二次精密検査は、一次検査結果の判定内容により異なりますので下記よりお選びください。

「D2・D4・E1・E2」はCT検査 及び 内科野村医師診察予約 (火曜日 午後)

「D3」は循環器内科の診察予約

※「D1」は対応しておりません。結核専門外来の病院へご相談ください。

医師名: _____

※医師のご指定がある場合はお書き下さい。

貴院の名称
所在地
医師名

TEL (_____)

FAX (_____)

<患者情報>

氏名(フリガナ)	性別	生年月日	年齢
	男・女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
現住所	電話		
〒 -	自宅 携帯	- -	- -
傷病名	既往歴・家族歴		
	薬剤アレルギー(有・無 : _____)		
症状経過 及び 検査結果			
治療経過			
現在の処方			
第一希望日	第二希望日	第三希望日	
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	

ご予約をいただきありがとうございます。上記項目をご記入の上、FAX送信をお願いいたします。
日程が確定いたしましたら「診療予約受付票」をFAX返送させていただきます。

JCHOさいたま北部医療センター
地域医療連携室
FAX番号

048-613-3925

