

# 診療予約申込書 (FAX専用)

## 専用FAX 0279-23-3294

独立行政法人国立病院機構  
渋川医療センター 地域医療連携室 宛

地域医療連携室直通電話

☎ 0279-23-0626

<発信医療機関>

所在地

名称

TEL

FAX

申込日	年 月 日	診療科	医師名
フリガナ		連絡担当者名	
氏名	(旧姓: )	性別 男・女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	連絡の取れる電話番号をご記入ください		
傷病名及び紹介目的			
貴院に入院中ですか	はい・いいえ	渋川医療センター受診歴	有・無・不明
予約希望日	第1希望日 月 日 (曜日)	第2希望日	月 日 (曜日)

該当の診療科に☑をつけてください。

診療科名			
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	甲状腺外科
<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	内分泌・代謝内科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	放射線治療科
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	消化器外科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科
<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	その他( )
<input type="checkbox"/>	乳腺外科	<input type="checkbox"/>	
医師名	指名なし		

※ 下記のうち1つをお選びいただき、☐にチェックを入れてください。

**医療機関用** 「診療予約通知書」をFAX受信後、医療機関から患者さんへ案内してください。

《ご案内》

- \* 本申込書のFAX受付時間は平日の8時30分～17時までとなります。
- \* 本申込書受理後迅速に予約日時を決定し「診療予約通知書」にて返信いたします。
- \* 来院の際は患者さんに「診療予約通知書」「貴院所定の診療情報提供書」「その他資料(画像・検査結果等)」をお持ちいただけるようご配慮お願いします。
- \* 「診療情報提供書」を予約時、または予約日前日までにFAXでご送付願います。

**患者本人用** 本FAX送信後、30分後に患者さんより連携室直通電話に連絡してください。

《ご案内》

- \* 本申込書のFAX受付時間は平日の8時30分～16時までとなります。  
(16時以降の場合、翌稼働日中に患者さんより連携室直通電話へご連絡ください。)
- \* 予約日時確定後、FAX(「診療予約通知書」)で予約完了をご報告します。(患者さんへの連絡は不要です)
- \* 受診当日の持ち物等は連携室より患者さんにご案内させていただきます。
- \* 「診療情報提供書」を予約時、または本日中にFAXでご送付願います。

上記時間以外のFAXは、翌稼働日の対応となります