

# 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

診療科

医師名

連絡担当者名

申込日	年	月	日				
フリガナ							
氏名	性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
住所	〒			連絡の取れる電話番号をご記入ください ( )			
保険者番号	区分	本人・家族	公費負担者番号				
記号・番号	.		公費受給者番号				
資格取得日	割合	割	有効期限	~			
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)		希望日なし		

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

### 《ご案内》

- \* 診療予約受付時間は平日の8時30分～17時までの間にお願いいたします。
- \* 本申込書受理後迅速に予約日時を決定し別紙「診療予約通知書」にて返信いたします。
- \* 来院の際は患者様に「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で送付願います。

休診日及び17時以降のFAXは、翌稼働日の対応となります