

予 約 申 込 書 (貴院控え)

紹介元医療機関

名 称 _____
 診療科名・医師名 _____
 所在地 (〒 _____)

 申込担当者 _____

 TEL _____ FAX _____

〒340-8560 埼玉県草加市草加2-21-1

 草加市立病院 地域医療連携相談室 宛
 TEL : 048-946-2200 (代表)

◎TEL/FAX受付時間
 休診日以外の午前8時30分から午後5時まで
 ◎休診日
 日曜、祭日、国民の休日、第2・第4・第5土曜日、
 12月29日から翌1月3日まで

フリガナ

患者氏名 _____ 様 男・女 T・S・H・R _____ 年 月 日生 (歳)
 住 所 _____ TEL _____

予約希望日

※希望のある場合のみ記入

希望日 _____ 年 月 日 ()
 有・無 (第1希望) _____ 年 月 日 ()
 _____ 年 月 日 ()
 _____ 年 月 日 () 医師名 _____ ←希望があれば記入

草加市立病院受診歴 (有・無・不明) ※(有)の場合 市立病院患者番号 _____

予 約 日 時 年 月 日 () 時 分

希望診療科

※該当項目に○印をつけてください。

- | | | | | | |
|--------|-------|--------|----------|---------|--------|
| ・総合内科 | ・神経内科 | ・膠原病内科 | ・乳腺外科 | ・循環器内科 | ・呼吸器内科 |
| ・消化器内科 | ・外科 | ・小児科 | ・耳鼻咽喉科 | ・心臓血管外科 | ・整形外科 |
| ・眼科 | ・皮膚科 | ・脳神経外科 | ・泌尿器科 | ☆歯科口腔外科 | |
| ・血液内科 | ☆腎臓内科 | ・緩和ケア科 | ・内分泌代謝内科 | | |

検 査

☆放射線科 (CT / MRI / RI / リニアック / その他) ☆検査科 (エコー / 脳波 / その他)

専 門 外 来

☆肺がん検診 (CT) ☆糖尿病腎症連携

予約専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。

受付時間 平日(月)～(金) 8:30～17:00

第1・3土曜日 8:30～12:00

・変更やキャンセルも予約専用ダイヤルまでご連絡ください。



ご注意

・以下の診療科は患者さんからの予約は取れません。紹介元医療機関からFAX予約をお願いします。

・血液内科 ・腎臓内科 ・内分泌代謝内科 ・緩和ケア科 ・放射線科 ・検査科 ・専門外来

FAX予約ダイヤル **048-946-2501** へ送信してください。