

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、 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

(第1希望) 年 月 日()

(第2希望) 年 月 日()

(第3希望) 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	・呼吸器内科	・循環器内科	・消化器内科
・小児科	・外科	・乳腺外科	・呼吸器外科	・心臓血管外科	・整形外科
・脳神経外科	・眼科	・皮膚科	・泌尿器科	・耳鼻咽喉科	・婦人科
・血液内科	・緩和ケア科	・内分泌代謝内科	☆腎臓内科	☆歯科口腔外科	

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 / 心エコー + 療養支援)

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



・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。