

FAX 番号 0293-46-7080

## 北茨城市民病院 予約申込書

※診療情報提供書を添えてお申し込みください。

北茨城市民病院 地域医療連携相談室 あて

TEL : 0293-46-1121 (代) FAX : 0293-46-7080

年 月 日

### ◆紹介医療機関

医療機関名		TEL
医師名 先生	担当：	FAX

### ◆患者さん情報

フリガナ		受診状況	性別
患者氏名		外来 ・ 入院中	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ( 歳 )		
住 所	〒 - TEL (携帯) : ( )		

### ◆受診診療科 (○印を付けてください。)

① 内科	② 循環器内科	③ 外科	④ 呼吸器科	⑤ 整形外科	⑥ 脳神経外科	⑦ 小児科	⑧ 泌尿器科	⑨ 産婦人科	⑩ 眼科	⑪ 歯科 口腔外科	⑫ 耳鼻いんこう科	⑬ 皮膚科	⑭ ( その他 )
希望医師名							<input type="checkbox"/> 返事至急 (院内待機中)						
資 料 持 参		なし ・ あり ( CD-R ・ 心電図 ・ 各種検査結果等 )											

### ◆予約日時の希望 (下記の①、②のどちらかに○印をつけてください。)

#### ① 本日希望

バイタル サイン	体温 _____℃ 血圧 ( _____ / _____ ) 脈拍 _____回/分
	呼吸数 _____回/分 SPO2 _____% ( ルーム / O2 _____ℓ )
	付き添い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 関係 ( _____ )
※診療情報提供書をFAXの上、電話連絡をお願い致します。	
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> 施設車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> ( _____ )
A D L	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行

#### ② 予約日を指定する

予約希望日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 希望日	
	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日	

※ 診療の都合上、ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。