

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	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							□ 反事至急 (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○印を付けてください。)

## ① 本日希望

バイタル サイン	体温 _____ °C 血圧 ( _____ / _____ ) 脈拍 _____ 回/分		
	呼吸数 _____ 回/分 SPO2 _____ % ( ルーム / O2 _____ ℥ )		
付き添い □無 □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	□救急車 □福祉タクシー □施設車 □自家用車 □( )		
A D L	□ストレッチャー □車いす □歩行		

## ② 予約日を指定する

予約希望日 □無 □有	□希望日	
	□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。