

## 連携システムに参加される医療機関の皆様へ

診療の予約をご希望の場合は、次項の用紙に必要事項をご記入の上、地域医療室へ  
FAX(0736-78-3373)にてお申込み下さい。

各診療科と受診日時の調整後、FAXで予約通知書を返信させていただきます。

速やかに予約の報告をいたしますが、調整に時間がかかる場合がありますのでご了承下さい。

別途、診療情報提供書が必要です。

予約受付時間 : 平日(月～金曜日)午前9時～午後5時迄  
受付時間以降受信FAX : 翌日(翌日が休みの場合は次の外来診療日)対応

### 申込依頼書の記入についてのお願い

患者氏名・フリガナ・性別・生年月日・住所は必ずご確認の上、正しくご記入下さい。

お申込み当日にコンピューター登録し、カルテ作成及び院内の予約システムに組み込みます。

病名・症状・部位等は、なるべく日本語でわかりやすくご記入下さい。

### 予約通知書

予約通知書を受信されましたら、注意事項をよくご確認の上、患者様にお渡し下さい。

必ず総合受付(初再診受付)で予約通知書を提示し、患者様に受付けをしていただいで下さい。

### 診療情報提供書

診療情報提供書は、封筒にネットワーク会員No.の印を押印の上、患者様にお渡し下さい。

診療・検査共に、診療情報提供書は必要です。

### 予約申込み先

公立那賀病院 地域医療室 FAX: (0736)-78-3373  
TEL: (0736)-78-3892

救急診療・時間外診療については、外来師長または当直師長へ直接お問い合わせ下さい。

## 診療予約申込依頼書

紹介元医療機関

医師名

所在地

TEL ( ) -

フリガナ

患者氏名

(男・女) M・T・S・H 年 月 日生( 歳)

患者住所(〒 - )

TEL( ) -

希望受診科	希望医師名	備考
ご紹介目的		
何日以内に受診希望されますか( 日以内) 初診診察後の当日入院が予想されますか(はい ・ いいえ)		

ご希望の日、ご都合の悪い日等がございましたら備考欄へご記入下さい。

希望医師のご指定は、なるべくご希望に添うように致しますが、ご紹介内容や医師の都合により、ご希望に添えない場合がございますのでご了承下さい。

翌日以降の予約受付に限らせて頂きますので、下記の通りお願い致します。

注1) 救急診療・時間外診療については、外来師長または当直師長へ直接お問い合わせ下さい。

注2) CT・MRI・RI検査については、別紙(様式7号・様式8号・様式9号)により、FAXにて地域医療室へお申込み下さい。

注3) 予約時に地域医療室で患者IDを登録しています。患者情報はご確認の上、もれなくご記入下さい。

送信先: 公立那賀病院 地域医療室

FAX 0736 - 78 - 3373

TEL 0736 - 78 - 3892