

## ◇◇ 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、診療予約申込依頼書(様式2号-1)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。

### 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。
- 診療(検査)予約日までに診療情報提供書(紹介状)を書きFAX番号にお送りいただけますようお願い申し上げます。

### 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

# 診療予約申込依頼書

紹介元医療機関	医師名	⑩
所在地	TEL ( )	—
フリガナ 患者氏名	FAX ( )	—
	(男・女) 生年月日	
	T・S・H・R	年 月 日生( 歳)
患者住所(〒 )		

患者TEL( ) —

希望診療科	希望医師名	備考(ご希望日・ご都合の悪い日)
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、代表番号 TEL:(0736)-77-2019へお電話頂き  
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。患者情報をご確認の上、もれなく  
ご記入下さい。
- 注4) 診療情報提供書(紹介状)を診療(検査)予定日までに事前にFAXにて送付をお願い  
致します。

予約受付時間 : 平日(木曜日を除く)8:30~19:00迄  
 ※ 木曜日のみ8:30~17:00  
 ※ 土・日・祝日・年末年始は予約受付休止(但しFAXのみ受信可)  
 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

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