

# 長岡中央総合病院 受診申込書

**第1 FAX : 0258-30-1630 第2 FAX : 0258-30-1631**

**FAX 受付時間 午前8時30分～午後4時30分**

医療機関名

電話番号

診療科・医師名

FAX番号

紹介状と併せてお申込み下さい。紹介状が間に合わない場合は、下記に紹介目的をご記入ください。後ほど受診日の前々日までにFAXをお願いします。

紹介目的

<b>受診希望日</b>	いつでもよい	第一希望	第二希望
ご希望の診療科に○をつけて下さい			内視鏡検査
*胃瘻交換と放射線検査の申込につきましては、専用の申込書をお使い下さい。			<b>●感染症検査について</b> ・実施済 (結果お知らせください) ・未実施 <b>●処方薬について</b> *抗血小板薬 有・無 薬剤名 ( ) *抗凝固薬 有・無 薬剤名 ( ) 希望医師名
内科(専門分野別に申込下さい)	小児科	整形外科	
呼吸器	外科	形成外科(月・木)	
循環器(月・火・木)	脳神経外科	皮膚科	
血液(月・水・金)	産科	泌尿器科(完全予約制)	
腎臓(水:休診)	婦人科	呼吸器外科(火・木)	
糖尿病・内分泌 (金:休診)	耳鼻咽喉科(頭頸部外科) (完全予約制)	血管外科(月・水の 午後予約枠に入れます。* 第2水曜日除く)	
消化器(完全予約制)	眼科(完全予約制)	歯科・口腔外科	
腫瘍(完全予約制)	医師の希望がありましたら右枠へご記入下さい。ただし、 診察状況によっては別の医師が診察させていただきます。		
神経内科			
返書が不要な場合	○をつけて下さい	不要	
フリガナ			性 別
患者氏名			男 ・ 女
生 年 月 日	大・昭・平・令          年          月          日          才		
現 住 所	〒          -		
自 宅 電 話 番 号	(          )          -		
携 帯 番 号			
当院受診歴の有無	有	ID番号	無 ・ 不明
移 動 手 段	独歩	車椅子	ストレッチャー
	交通手段		救急車   自家用車   他

保険証および公費医療証のコピーをFAXして下さい。コピーをFAX送信できない場合は下欄にご記入下さい。

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保 険 者 番 号		医 療 証 受 給 者 番 号	
被 保 険 者 区 分	本人 ・ 家族	負 担 割 合	割

**【カルテ事前作成のご案内】**

- \*平日一般診療の受診に限ります。
- \*救急受診につきましては、当院の医師に直接ご連絡ください。
- \*病診連携室 FAX 受付時間 午前8時30分～午後4時30分  
 上記時間外でもFAX受信は可能です。ただし、受診が翌日の場合は、受診当日の手配となりますので、お待ちいただく場合がございます。ご了承下さい。
- \*折り返し、「外来受診確認書」をFAX致します。患者様にお渡し下さい。  
 当日の受診の場合は「外来受診確認書」は送信致しません。
- \*休診日： 土曜日 日曜日 祝祭日 国民の休日 年末年始 特別休日
- ご不明な点がございましたら、下記へお問合せ下さい。

長岡中央総合病院 病診連携室TEL : 0258-35-3700 (内線 2320) FAX : 0258-30-1630