

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター 受診依頼書

①～④手順で行います。

① 事前の予約とカルテ作成のため、必要事項をご記入のうえ、FAXでお送りください。

「受診依頼書」に必要事項をご記入いただき、貴院の「診療情報提供書」とともにFAXをお願いします。

FAX 番号 : 042 - 561 - 2547

月 日 ※FAX 受付時間 平日 8:30～17:00 (17時を過ぎた申込みは翌日対応いたします)

ご依頼元	医療機関名				
	医師名	先生	ご連絡担当者	様	
	電話番号		FAX		
患者情報	フリガナ		年 齢	性 別	
	氏 名		歳	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
	住 所				
	電話番号				

診療予約に関すること

希望受診科 (該当科に○をしてください)	希望医師名	希望受診日
整形外科 ・ リハビリテーション科		第一希望： 月 日()
外科 ・ リウマチ科		第二希望： 月 日()



整形外科は、部位の専門医が診察しますので該当部位に○をしてください。

- () 脊椎・脊髄 () 特発性側弯症 () 股・膝関節 () 手・上肢・下肢
 () その他 ()

備考 (特記すべき内容がありましたらご記入をお願いします)

② 受診日時を決定し、予約通知書をFAXいたします。

③ 当日に持参していただくもの：当院からの予約通知書・診療情報提供書・画像情報(必要時)・保険証。

④ 受診後、お返事を郵送いたします。

★ 予約日に来院できない場合、地域医療連携室へご連絡をお願いします。