社会医療法人 愛宣会 ひたち医療センター

地域医療連携室 TEL0294-37-0609／FAX0294-37-0847

( 外来受診・入院・外来リハビリ ) 予約申込書

**＜基本情報＞**

申込み年月日 　令和 　 年　 　月　 日

医療機関名 　　　　　　　　 医師名 　　　　　科

（✻必ずご記入をお願いします。）

電話番号 　　　　　　　　 ✻FAX 番号

フリガナ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大・昭

患者氏名 　　　　　　　　 様 男・女 生年月日 平・令 　 年　 月　 日生 　 歳

病 名

病 歴

|  |
| --- |
| お分かりになれば  当院診察券 　　 無 ・ 有 　 (診察券の登録番号 　　　　　　　　　 ) |

※以下の必要事項を御記入してください。

1. **外来予約**

受診希望診療科

　　　　　　　　　　 　 科

受診希望月日 有 (　　 月　　 日)　 ・　 無

合 併 症 等 有 [　腎不全　糖尿病　高血圧　その他(　　　　　　　) ]・ 無

1. **入院予約**

入院希望診療科 [ （　　　　　　　　科） 一般病棟 ・ 療養型病棟　]

来 院 方 法 [ 徒歩　・　車いす　・　ストレッチャー　・　救急車搬送　]

1. **外来リハビリ**

リハビリ希望診療科　　　　　　　　　　　　　　　科

受診希望月日　　　　無　・　有　（　　　月　　　日）

◆外来診療日は、外来診療担当医師日程表を御確認下さい。

◆採血データ・CD-RM などの検査資料を、事前にまた当日に御確認させて頂く場合もございます。