

# 予 約 申 込 書 (貴院控え)

<b>紹介元医療機関</b>	
名 称 _____	
診療科名・医師名 _____	
所在地 (〒 _____ )	
申込担当者 _____	
TEL _____	FAX _____

〒340-8560 埼玉県草加市草加2-21-1  
 草加市立病院 地域医療連携相談室 宛  
 TEL : 048-946-2200 (代表)

◎TEL/FAX受付時間  
 休診日以外の午前8時30分から午後5時まで  
 ◎休診日  
 日曜、祭日、国民の休日、第2・第4・第5土曜日、  
 12月29日から翌1月3日まで

フリガナ _____	
患者氏名 _____ 様	男・女 T・S・H・R _____
住 所 _____	年 月 日生 ( 歳 )
TEL _____	FAX _____

<b>予約希望日</b>	※希望のある場合のみ記入		
希望日 有・無	(第1希望) _____	年 月 日 ( )	
	(第2希望) _____	年 月 日 ( )	
	(第3希望) _____	年 月 日 ( )	医師名 _____ ←希望があれば記入
草加市立病院受診歴 (有・無・不明) ※(有)の場合 市立病院患者番号 _____			

予約日時	年	月	日 ( )	時	分
<b>希望診療科</b> ※該当項目に○印をつけてください。					
・総合内科	・神経内科	・膠原病内科	・乳腺外科	・循環器内科	・呼吸器内科
・消化器内科	・外科	・小児科	・耳鼻咽喉科	・心臓血管外科	・整形外科
・眼科	・皮膚科	・脳神経外科	・泌尿器科	☆歯科口腔外科	・呼吸器外科
・血液内科	☆腎臓内科	・緩和ケア科	・内分泌代謝内科	・婦人科	
<b>検 査</b>					
☆放射線科 ( CT / MRI / RI / リニアック / その他 )			☆検査科 ( エコー / 脳波 / その他 )		
<b>専 門 外 来</b>			☆肺がん検診 (CT)      ☆糖尿病腎症連携		

予約専用ダイヤル **048-946-2305** までお電話ください。



**ご注意**

・以下の診療科は患者さんからの予約は取れません。紹介元医療機関からFAX予約をお願いします。

- ・血液内科 ・腎臓内科 ・内分泌代謝内科 ・緩和ケア科 ・放射線科 ・検査科 ・専門外来 ・婦人科

FAX予約ダイヤル **048-946-2501** へ送信してください。