

診療予約のご利用手順

1. 患者様のご紹介

地域医療連絡室（06-6973-1129）に「診療依頼書」を FAX で送信ください。
緊急の場合や入院のご依頼につきましては、直接お電話いただきましたら、担当医がすみやかに対応いたします。

2. 患者様への予約通知

診療日時が決まれば、ご依頼いただいた先生宛に予約通知書を FAX にて返信いたします。

送信しました診療承諾書は患者様にお渡しいただき、受診当日に当院の外来受付へ紹介状・健康保健証と共にご提出いただきますよう、ご案内をお願いいたします。

3. 受診当日

患者様は、指定された日時に予約通知書・紹介状（診療情報提供書）・健康保険証及び各種医療受給証をご持参の上、1階外来受付へお越しく下さい。
診察手続きが完了しましたら、診療科へご案内いたします。

4. 診療終了後（受診結果のご報告）

紹介元の先生宛へ「受診報告書」「診療情報提供書」を送付いたします。必要に応じて各種検査レポートを添付し、適宜郵送又は FAX にてご報告させていただきます。

医療法人朋愛会 朋愛病院 【地域医療連絡室】

代表番号：06-6973-1122

直通電話：06-6973-7100

F A X：06-6973-1129

朋愛病院 診療依頼書

地域医療連絡室 宛

平成 年 月 日

ご紹介元施設

貴施設名称	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
医師氏名	先生

受診ご希望日時

- 希望日時なし
- 希望日時あり
 - 第1希望 平成 年 月 日 (曜) 午前 時～ 時
 - 第2希望 平成 年 月 日 (曜) 午前 時～ 時
 - 第3希望 平成 年 月 日 (曜) 午前 時～ 時

心臓センター外来診療予定表

	月	火	水	木	金	土
午前診	服部	芥川	服部	森崎	芥川	芥川

午前診：9時00分～12時30分（受付時間8:30～11:30）

ご紹介いただく患者様情報（当院受診歴 なし ・ あり ）（患者番号： ）

フリガナ		1. 男性	生年月日 明・大・昭・平
氏名	様	2. 女性 (歳)	年 月 日
住所	〒 -		電話番号
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
被保険者氏名	(本人・家族)	負担割合	(割) 一部負担金助成(無・有)

症状など

- 胸痛 胸部不快 動悸 息切れ 呼吸困難 下肢浮腫 下肢痛
下肢しびれ、冷感 心電図異常

連絡事項・特記事項等

※紹介状（診療情報提供書）ならびに健康保険証の原本は、ご来院の当日外来受付へご提出ください。

医療法人朋愛会 朋愛病院【地域医療連絡室】

代表番号 06-6973-1122 直通電話 06-6973-7100 Fax 06-6973-1129