

F A X 予約申込書（外来専用）

送信先： 県立新発田病院 地域連携センター
 県立リウマチセンター
 F A X 番号 0254-22-5374（直通）
 電話番号 0254-22-3258（直通）

★予約受付時間 平日 8:30～16:30（翌日の診察希望は前日 14:00 まで）
 ※ 当日のFAX予約は出来ません。

※お願い事項

- 1 新発田病院への診察依頼の場合、診療情報提供書は送信不要です。予約当日、患者さんに持参させてください。
- 2 脳波検査へご依頼の場合も、この用紙をご利用ください。
- 3 リウマチセンター宛と、検査（放射線科）ご依頼の場合は、診療情報提供書も併せて送信ください。
- 4 検査（放射線科）ご依頼の場合は、診療情報提供書に身長・体重の記載をお願いします。

依頼月日 平成 年 月 日 所在地

県立新発田病院 医療機関名

県立リウマチセンター 電話番号

★ 予約日に関する希望 F A X 番号

医師名

予約科及び医師 _____ 科 医師

※内科の場合、専門科での記載をお願いします。

病名または紹介目的 _____

フリガナ 患者氏名	旧姓 ()	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	電話番号
住所	〒	
公費負担番号		保険者番号
受給者番号		記号・番号
負担割合	0・1・2・3 割	被保険者 本人・家族

○地域医療支援病院（県立新発田病院）の連携登録医の方におたずねいたします。

・この患者さんが入院された場合に共同診療を希望される方は、チェックを入れてください。

主治医となる。 副主治医となる。

・この患者さんが手術をうけることになった場合に手術参加を希望される方は、チェックを入れてください。

注）執刀、助手はあらかじめ執刀・助手登録をされている必要があります。
 執刀する。 助手をする。 見学する。

・産婦人科医の連携登録医で、当院分娩室の使用を希望される方は、チェックを入れてください。

注）共同診療の主治医となった場合に限り、また、当院産婦人科医師の許可を得ている必要があります。
 希望します。

※センター⇒連携登録医様 / 共同診療許可書 平成 年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生

共同診療を許可します。 手術参加を許可します。 別紙の理由で不許可となりました。

県立新発田病院 科 担当医