

(FAX)

診療申込書

令和 年 月 日

さいたま市立病院

〒336-8522 さいたま市緑区大字三室 2460 番地
Tel 048-873-4111 (代)

紹介元医療機関

(該当する医療機関は□に✓を入れて下さい)

- 在宅時医学総合管理料等を算定している。
- 在宅療養支援診療所である。

名称

科名

医師名

科

先生

※ 太枠内にご記入ください。

TEL・FAX

受診予定日・時間	第1希望	月	日	()	午前・午後	:	頃	予約番号
	第2希望	月	日	()	午前・午後	:	頃	

フリガナ							性別
氏名(漢字)							男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	()	歳	
現住所	〒						
Tel				(携帯)			
当院受診歴	有	無	不明	ID番号(7桁)			
紹介目的	① 入院 (I 型 II 型 どちらでも可) ② 検査 () ③ その他 ()						

<ご紹介いただく先生方へ>

当院の外来診療は、初めての受診、再来の受診に関わらず、

原則として予約制になっています。

■ 予約手続き方法

患者さんより ご連絡をいただく場合	4枚目の「受診案内書」を患者さんにお渡しください。
貴院より ご連絡をいただく場合	電話の場合：地域医療連携担当までお電話ください。 FAXの場合：「診療申込書」をご記入いただき、地域医療連携担当にお送りください。 FAX送信後、地域医療連携担当にご連絡をお願いします。 ご予約確定後 予約票 をFAXにてお送りいたします。患者さんにお渡しください。

※ **緊急受診が必要な場合**は、先生同士でのご相談が必要です。
必ず、事前に地域医療連携担当までご連絡をお願いします。

さいたま市立病院
患者支援センター 地域医療連携担当

電話：048-873-7440 (直通)

FAX：048-873-7441 (直通)

電話：048-873-4111 (代表)

受付時間：平日 8:30 ~ 17:00 (休診日を除く)