

診療・検査 予約申込書

様式 1

石川県立中央病院 患者総合支援センター

TEL 076-238-7852

FAX 076-238-0505

令和 年 月 日

紹介医療機関

名称 _____

医師氏名 _____

TEL _____

FAX _____

患者情報	フリガナ		旧																								
	氏名			性																							
	石川県立中央病院 診察券ID番号		☆当院診察券をお持ちの方 ☆当院へ受診歴のある方 つきましては ◎「氏名」 ◎「生年月日」 ◎「診察券番号」（ご持参の場合） のみの記入です																								
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		男・女																							
	郵便番号	〒		—																							
	現住所																										
電話																											
希望受診科	内科（総合診療科）	糖尿病・内分泌内科	血液内科	腎臓内科・リウマチ科	脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	消化器外科	乳腺・内分泌外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	小児内科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	婦人科	産科	眼科	耳鼻いんこう科	放射線診断科（核医学科）	放射線診断科	麻酔科	歯科・歯科口腔外科

※当日の時間予約は取れません ※産科・婦人科・腎臓内科は医師の希望をお受けできません。
※遺伝診療科は電話でのご相談をお願いします。

診察・検査を希望される日 令和 年 月 日 診療希望医師名 _____

紹介目的（症状・病名等） _____

検査の項目 _____（疑い病名を記載して下さい）

持参される資料 該当資料に○印をして下さい。
 レントゲンフィルム・CT・MR・病理組織標本・その他（ _____ ）

どちらかに○印をして下さい。
 ① 患者さんが待っておられるので、すぐに予約書を送付してほしい。
 ② 予約書の送付は、急がない。

折り返し当院からの「診療・検査予約書」が届きましたら、予約当日は、「診療・検査予約書」「紹介状」「保険証等（医療証などを含む）」「お薬手帳」をご持参のうえ、予約時刻の15分前にお越しいただき、一階正面玄関ロビーの紹介受付で、手続きをしていただきますようお願い下さい。

予約受付時間：平日 8:30 ~ 17:15
土日祝日(及び年末年始)は予約受付業務をしておりません。