

FAX番号 049-226-1567

FAX診療予約専用

埼玉医科大学総合医療センター FAX診療予約申込書 (兼) 予約票

受付時間 月～金曜 9:00～16:30 土曜 9:00～15:00

予約希望日

第一希望	月	日	曜日
第二希望	月	日	曜日

※予約状況により希望に沿えない場合がございます

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名

予約診療科 ※対象診療科へ☑をして下さい。(下線(太字)のある診療科は、医療機関からの完全予約制となります)

<input type="checkbox"/> 消化器・肝臓内科	<input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 心臓内科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 腎・高血圧内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 産婦人科(腫瘍外来)	<input type="checkbox"/> 産科(特殊超音波外来)		

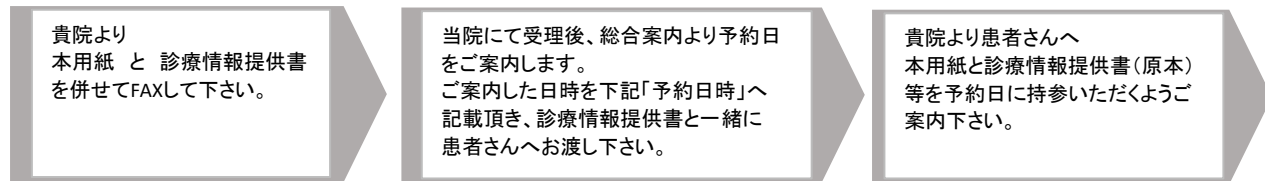
外来診療申込 (患者情報)

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)	生年月日 Date of Birth	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (満 歳)
患者氏名 Full Name			(自 宅)	- -
現住所 Address	〒	電話 Phone No	(携 帯)	- -
			(勤務先)	- -
連絡先 (本人以外)	フリガナ 氏名	続柄	患者の <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	〒 (自宅電話)		(携帯電話)	
	住所			

連絡事項・お願い

- ・FAX診療予約申込書 (本用紙) 及び診療情報提供書を併せてFAX送信して下さい。
※診療情報提供書が無い場合、予約申込を受理できません。
- ・FAX診療予約にてセカンドオピニオン外来は受付できません。
- ・完全予約制の診療科を除き、当該予約が無くても診療は可能です。(受付時間 8:30～11:00)
- ・一部診療科において、曜日により休診日がございます。外来診療担当医表にてご確認下さい。
- ・産婦人科 (腫瘍外来) はFAXを頂いてからお返事できるまでお時間がかかります。
- ・メンタルクリニック、新生児科、プレストケア科 (乳腺科)、放射線検査のご予約は直接外来へご連絡下さい。
- ・血液浄化センターのご予約につきましては、当冊子 (P.40) をご確認ください。
- ・脳神経内科につきましては、令和4年4月よりFAX診療予約による紹介完全予約制となります。

FAX診療予約申込手順



予約日時 ※ご記入頂き患者さんへお渡し下さい。

予約日	月 日 ()	予約時間	時	分	診療科	上記予約診療科
-----	---------	------	---	---	-----	---------

患者さんへ

- ・予約時間の15分前に本館1階 ①新患受付へお越し下さい。
- ・当日持参物：診療情報提供書、健康保険証、各種医療証・診察券 (お持ちの方)、お薬手帳、FAX診療予約申込書 (本用紙)
- ・画像データをお持ちの方は、30分前までにお越し下さい。
- ・駐車場は有料となります。