

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～土曜日 9:00～16:00

FAX診療
予約専用
(緊急性を除く)

予約診療科 ※対象診療科をご記入ください。 初診患者さんは予約制となります。

診療科名

予約日は3診療日以降の取得が可能です。(緊急性を除く)

※緊急性が疑われる場合は、直接診療科へご連絡してください。

※産科、産科(超音波外来)、産婦人科(腫瘍外来)、リウマチ膠原病内科、脳神経内科は完全予約制となります。
別紙のFAX申込用紙で送信してください。(予約日のご案内(太字の診療科)は紹介元医療機関様へご連絡いたします。)
※メンタルクリニック、小児循環器科、形成外科・美容外科(リンパ浮腫・乳房再建・眼瞼下垂)、麻酔科、
ER科(救急科)、放射線検査のご予約は、直接外来へご連絡してください。
※FAX送信が受付時間を過ぎた場合、翌日(祝日・日曜日の場合は翌々日)に対応いたします。
※指定医がある場合は、直接診療科へご連絡してください。

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
電話番号
担当医師名

《当院記載欄》

新規登録ID

外来診療申込(患者情報) 当院受診歴 ☐ 有り(ID番号) ☐ 無し ☐ 不明

フリガナ				☐ 西暦 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令
患者氏名 Full Name	☐ 男(M) ☐ 女(F)	生年月日 Date of Birth	年 月 日	(満 歳)
現住所 Address	〒	電話 Phone No	(自 宅) (携 帯) ↑ 必須	- - - - ショートメッセージで使用
連絡先 (本人以外)	フリガナ 氏名	続柄	患者の ☐ 父 ☐ 母 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ その他()	
	〒	(自宅電話)	(携帯電話)	- - - -
住所	☐ 同上(本人と同じ)			

◎FAX診療予約申込手順 (FAX送信時に日程調整は不要)

- 1.本用紙と診療情報提供書を併せて下記のFAX番号へ送信してください。
- 2.受理後、確認のうえ予約日を患者さん(又はご家族)と調整いたします。(ショートメッセージ(SMS)にて調整)ご案内した日時を、下記の予約日時へ記載していただくようお願いください。
- 3.本用紙と診療情報提供書(原本)・画像データ(有る場合)を予約日に持参いただくようご案内してください。

連絡事項・お願い

- ・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を頂いてからお返事・ご案内できるまで少しお時間がかかります。ご了承ください。
- ・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。総合案内までお申し出ください。
- ・一部診療科において、予約取得の方法並びに、曜日により休診日がございます。詳しくはホームページ又は外来診療担当医表をご確認ください。

《当院確認欄》

予約日時 ※ご記入いただくよう患者さんへお伝えください。

予約日	月 日 曜日	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30分前に本館1階【総合案内】窓口へお越しください。
- ・当日持参物:診療情報提供書、マイナンバーカード(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)等
- ・画像データが有る場合は必ず持参してください。
- ・駐車場は有料となりますのでご承知おきください。

送信先 外来予約センター(申込窓口)
FAX番号 049-226-1567

お問い合わせ
電話番号 049-228-3737

FAX診療
予約専用
(完全予約制用)

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～土曜日 9:00～16:00

完全予約診療科 ※対象診療科へ☑をしてください

※FAX送信が受付時間を過ぎた場合、翌日(祝日・日曜日の場合は翌々日)に対応いたします。

☐産婦人科(腫瘍外来) ☐産科 (妊娠8週以降は産科になります) ☐産科(特殊超音波外来)
☐リウマチ膠原病内科 ☐脳神経内科 なお、予約日のご案内は紹介元医療機関様へご連絡いたします。

※メンタルクリニック、小児循環器科、形成外科・美容外科(リンパ浮腫・乳房再建・眼瞼下垂)、麻酔科、ER科(救急科)、放射線検査のご予約は、直接外来へご連絡してください。

※緊急性が疑われる場合は、直接診療科へご連絡してください。

予約希望日 ※予約状況によりご希望に添えない場合もあります

第一希望	月	日	曜日
第二希望	月	日	曜日

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
担当医師名

折り返し連絡先	-	-
担当部署		担当者

外来診療申込(患者情報) 当院受診歴 ☐有り(ID番号) ☐無し ☐不明

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

◎FAX診療予約申込手順

- 1.本用紙と診療情報提供書を併せて下記のFAX番号へ送信してください。
- 2.受理後、確認のうえ予約日をご案内します。ご案内した日時を下記の予約日時へ記載してください。
- 3.本用紙と診療情報提供書(原本)・画像データ(有る場合)を予約日に持参いただくようご案内してください。

連絡事項・お願い

- ・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を頂いてからお返事・ご案内できるまで少しお時間がかかります。ご了承ください。
- ・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。総合案内までお申し出ください。
- ・一部診療科において、予約取得の方法並びに、曜日により休診日がございます。詳しくはホームページ又は外来診療担当医表をご確認ください。

《当院確認欄》

予約日時 ※ご記入いただくよう患者さんへお伝えください。

予約日	月	日	曜日	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30分前に本館1階【総合案内】窓口へお越しください。
- ・当日持参物:診療情報提供書、マイナンバーカード(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)等
- ・画像データが有る場合は必ず持参してください。
- ・駐車場は有料となりますのでご承知おきください。

送信先 外来予約センター(申込窓口)

FAX番号 049-226-1567

お問い合わせ

電話番号 049-228-3737