

## 受診予約申込書

(診療情報提供書と一緒に送信してください)

### 【紹介先】

- ☐ 循環器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 呼吸器・感染症内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 血液内科 ☐ 脳神経内科  
☐ 代謝・内分泌内科 ☐ 外科 ☐ 消化器外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 呼吸器外科  
☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 外傷再建外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 皮膚科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科  
☐ 放射線診断科 ☐ 放射線治療科 ☐ 救急科 ☐ 歯科口腔外科 ☐ 総合診療科 ☐ リハビリテーション科  
☐ 小児科 (4月から診療開始予定) ☐ 産婦人科 (4月から診療開始予定) ☐ 精神科 (4月から診療開始予定) ☐ 形成外科 (7月から診療開始予定)

|       |              |    |  |
|-------|--------------|----|--|
| 希望医師名 | (必須ではありません。) | 備考 |  |
|-------|--------------|----|--|

### 【紹介元】

|               |  |     |  |
|---------------|--|-----|--|
| 医療機関名         |  | 診療科 |  |
| 住所            |  | 医師名 |  |
| 電話番号<br>(FAX) |  | 備考  |  |

### 《患者情報》

|          |     |                     |                               |     |
|----------|-----|---------------------|-------------------------------|-----|
| フリガナ     |     | 生年<br>月 日           | 西暦・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 ( 歳 ) | 男・女 |
| 氏名       |     |                     |                               |     |
| 現住所      | 〒 — | 医療機関に入院中<br>施設等に入所中 | 有・無                           |     |
|          |     | 済生会新潟県央基幹<br>病院の受診歴 | 有・無                           |     |
| 電話番号(自宅) |     | 電話番号(携帯)            |                               |     |

|       |       |           |
|-------|-------|-----------|
| 受診希望日 | 第1希望  | 年 月 日 ( ) |
|       | 第2希望  | 年 月 日 ( ) |
|       | (備考欄) |           |

※済生会新潟県央基幹病院に受診予約申し込みをFAXで行う場合、下記書類の送信をお願いいたします。  
(必要書類) 受診予約申込書・診療情報提供書 など

### 【紹介元医療機関様から患者さんへ】

健康保険情報の提供は、あらかじめ患者さんの同意をお願いいたします。

受診の当日、健康保険証などを改めて確認いたしますので、必ず持参してくださいようお願いいたします。

| (緊急) 入院の依頼の場合 ～以下の項目にチェックをお願いします |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 来院方法                             | 救急車・自家用車・タクシー・民間救急・福祉タクシー・施設送迎 |
| 希望病床                             | 大部屋・個室(※有料)・どちらでも可             |
| 介護認定                             | 無・有 : 要支援 ( )・要介護 ( )          |
| 担当ケアマネジャー                        | 事業所 ( ) 担当者 ( )                |

(申し込み先) 済生会新潟県央基幹病院 地域医療連携室  
FAX : 0256-33-5836 TEL : 0256-47-4705