

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 (FAX)	備考

《患者情報》

フリガナ		生年 月 日	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	男・女
氏名				
現住所	〒	医療機関に入院中 施設等に入所中	有・無	
	—	済生会新潟県央基幹 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、必ず持参くださる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