

申込日： 年 月 日



社会医療法人仁愛会
浦添総合病院

医療相談・医療連携支援室

かけはし 宛

受付時間：平日8:30～17:00（土曜12:00）迄

【受診予約申込書】

TEL：098-879-0630（かけはし直通）

098-878-0231（病院代表）

FAX：098-875-3261（かけはし直通）

* 診療情報提供書と併せて送信ください。

* 当日や2,3日以内の受診が必要な場合は、本申込書は記載せず、かけはしへご連絡ください。

| | | |
|------|----------------------|---|
| 紹介元 | 医療機関名： | 担当： |
| 患者情報 | 仁愛会 受診歴 | <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 患者氏名 (カナ記載で構いません) | (旧姓：) |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |

下記項目いずれかにをお願い致します。

【予約連絡方法】

| | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ”かけはし”から本人家族へ。 連絡先①（続柄： ） 【 】 連絡先②（続柄： ） 【 】 * かけはしからの連絡は、翌日以降になる場合がございます。 | 受診目安 <input type="checkbox"/> 2週間以内（ <input type="checkbox"/> 担当医指示 / <input type="checkbox"/> 患者家族の希望） <input type="checkbox"/> 2週間以降でも可 <input type="checkbox"/> 特に指示なし | 日程 <input type="checkbox"/> 希望日（ / <input type="checkbox"/> 特になし） <input type="checkbox"/> 都合悪い日（ / <input type="checkbox"/> 特になし） * ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。 |
| | <input type="checkbox"/> | ”かけはし”から紹介元へ * 紹介元医療機関から患者家族へ連絡をお願いします。 | 備考 |
| <input type="checkbox"/> | 患者家族から 予約受付（AI電話） 050-1721-8524へ * 急ぎの受診が必要な方は紹介元医療機関からかけはしへ連絡をお願い致します。 | 備考 | <ul style="list-style-type: none">AI電話の受付時間は平日8:30～17:30（土曜12:30）迄となります。AI電話にて受付後、3診療日以内に担当者より折り返し連絡させていただきます。患者さんへは、当院ホームページよりAI電話の内容を確認するようご案内ください。案内用のチラシもホームページよりダウンロード可能です。 |