

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9:00～17:00（土曜12:00）迄

【受診予約申込書】

TEL：050-1809-4658（医療機関用AI電話）

TEL：098-879-0630（かけはし直通）

FAX：098-875-3261（かけはし直通）

* 受診予約申込書と診療情報提供書を併せて送信後、医療機関用AI電話へご連絡ください。

* 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。

<input type="checkbox"/>	医療機関用AI電話（または、かけはし）へTEL済み。 * かけはし直通TELは緊急対応を優先させていただくため、 非緊急の連絡はAI電話（050-1809-4658）をご活用ください。	<input type="checkbox"/>	特に連絡はしていない * FAXが到着していれば順次対応させて頂きますが、 緊急の場合は必ずかけはしへご連絡ください。
--------------------------	--	--------------------------	---

ご希望の予約連絡方法	<input type="checkbox"/> <u>"かけはし"から本人家族へ。</u> <input type="checkbox"/> 連絡先①（続柄： ） 【 】 <input type="checkbox"/> 連絡先②（続柄： ） 【 】 <small>* 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致します。</small>	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） <small>* 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。</small>
		備考	
	<input type="checkbox"/> <u>"かけはし"から紹介元へ</u> <small>* 紹介元医療機関から患者家族へ連絡お願いします。</small>	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、<u>3診療日以内に担当者より折り返し連絡させて頂きます。</u> 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。
	<input type="checkbox"/> <u>患者家族から</u> <u>予約受付（AI電話）</u> <u>050-1721-8524へ</u> <small>* 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。</small>	備考	

作成：2025年1月

2025年6月26日更新