湖東記念病院 地域医療連携室　宛　　（FAX ： 0749-45-3335）

湖東記念病院　診察予約申込書

年　　月　　日

紹介元	医療機関名	
	医師名	科
	連絡先	TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－

診療依頼	受診科　　科
	医師指定　　□なし　□あり（　　医師 ）
	希望日　　□なし　□あり（　　）
	※検査依頼（MR検査・CT検査・RI検査）はお電話ください。 **下記受付時間外は病院代表(放射線科)にて対応いたします。** **※救急患者様につきましては地域医療連携室または病院代表電話へお電話ください。**

紹介目的（病名・症状など）

患者基本情報

ふりがな	性別	□外来中　□入院中
氏名	□男 □女	
生年月日　□大正 □昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日（　　）歳		
電話番号　　－　　－　　携帯電話　　－　　－		
住所　《〒　　－　　》		
保険情報　□健康保険　□自賠責　□労災　□その他		

医療法人社団 昴会　湖東記念病院　　地域医療連携室

受付時間：平日 8:30～17:00　　第2･4土曜 8:30～12:15　（日,第1･3･5土,祝,年末年始を除く）

※受付時間外のFAX受信については翌営業日の返信となります。

※申込当日の診察はご予約いただけません。また、受付時間以降は翌日の診察予約はお取りできません。

※救急患者様につきましては上記の限りではございません。

下記 地域医療連携室または病院代表電話へご連絡ください。

TEL　0749-45-4512（地域医療連携室 直通）　　FAX　0749-45-3335（地域医療連携室 直通）

TEL　0749-45-5000（病院代表）

R8.4