**① 地域医療連携室送信用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日**

**事前予約申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **市立青梅総合医療センター** | **医療機関名** |
| **診療科**  **医師名** | **住　所** |
| **電　話** |
| **医師名** |
|  | **予約担当者(部署・氏名)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受診予約**  **日時** | **月　　　日 ( )　　　　時　　　分** |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患 者 情 報** | **フリガナ** |  | | | | **性 別** | **生年月日** | **大正 昭和 平成 令和** | | | |
| **氏名** |  | | | | **男**  **女** | **年　　月 　日(　　歳)** | | | |
| **住所** | **〒　　　－** | | | | | | | | | |
| **電話** | **自宅** | | | | **携帯** | | | | | |
| **受診歴** | **有** | **市立青梅総合医療センター患者ID：** | | | | | | | **無** | **不明** |
| **保険情報** | **保険者番号** | | |  | **被保険者氏名** | | | |  | | |
| **記号・番号** | | |  | **本人・家族** | | | | | | |
| **資格取得年月日** | | |  | **公費** | **負担者番号** | | |  | | |
| **有効期限** | | |  | **受給者番号** | | |  | | |

**ご予約の流れ**

**１ 地域医療連携室にお電話いただき、ご希望の診療科、日時をお伝えください。**

**２ 事前予約申込書をFAXでお送りください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **番　　号** | **受 付 時 間** |
| **T E L** | **0428(22)3191** | **平日 8時30分～17時00分** |
| **F A X** | **0428(25)1854** | **24時間（土日、祝日も含む）** |

**ご 注 意**

・受付時間外、土日、祝日にFAXをお送りいただいた場合、

翌日または休み明けに、患者さん、貴院に当院よりご連絡させていただきます。

・患者さんの旧姓・旧住所の確認のため、ご連絡させていただくことがございます。

・診療情報提供書は、貴院の書式をご利用いただいても差し支えありません

・用紙４枚目の受診案内は、氏名、予約時間等をご記入いただき、患者さんのお控えなどに

ご利用ください。

・保険情報は上記、保険情報欄にご記入いただくか、保険証のコピーをFAXしてください。

　第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーもFAXしてください。