

診療依頼票 兼 診療情報提供書

貴院控え

貴院名
住所
TEL
診療科名・ご担当医名

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
 埼玉県 済生会川口総合病院
 〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5
 代表 048-253-1551

紹介予約専用フリーダイヤル
 平日（月～金）9:00～19:00

0120-474-641

こちらの面をご記入いただき
 FAX番号048-253-8075へ
 お送りください。

ふりがな	
お名前	
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女
連絡先	日中に連絡が取れる電話番号の記載にご協力ください。

以前、当院に受診したことがありますか（ある ・ ない）

受診歴のある場合は、診察券登録番号がお分かりになりますか

□□□-□□□□

ご予約日時枠	月	日 ()	午前 ・ 午後	時	分枠	申込者様に ○を付けて ください
<p>ご予約診療科 (ご依頼診療科の□に必ず✓を入れてください)</p> <p> <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 整形外科（脊椎） <input type="checkbox"/> 整形外科（手の外） <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 </p> <p>※ 小児科・産婦人科につきましては初診紹介予約を実施しておりません。 ※ 上記診療科以外のご予約は地域医療連携室にお尋ねください。</p>						医療機関
						患者さん

紹介目的

※この用紙は、外来受診依頼のみとなります。その他のご依頼は、048-253-8136（地域医療連携室直通）へお尋ねください。

傷病名（主訴）

症状経過（なるべく具体的な症状のご記入にご協力をお願いいたします。）

※アレルギー等の特記事項がございましたら必ずご記入ください。

ご紹介の際は、検査データやレントゲン画像、投薬内容等の詳細な情報をご持参いただきますよう
 ご協力をお願いいたします。

予約票

ご紹介元医療機関名	
住所	
Tel	
診療科名・ご担当医名	
ふりがな	
お名前	
生年月日	年 月 日

社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部
 埼玉県 済生会川口総合病院
 〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5
 代表 048-253-1551

紹介予約専用フリーダイヤル
 平日（月～金）9：00～19：00
0120-474-641

- ※上記電話番号にてご予約の上、予約時間30分前にはオレンジカウンター（当院正面玄関右手地域連携窓口）にお越しください。
- ※保険証・紹介状・予約票をお忘れなくご持参ください。
 当院の診察券をお持ちの場合には、ご持参ください。
 その他にお薬手帳や血圧手帳等、診療に関係するものもご持参ください。

ご予約日時枠	月 日 ()	午前・午後	時 分	貴院記入欄 申込者様に ○を付けて ください
ご予約診療科	(ご紹介の先生の指定された診療科のみご予約となります。)			医療機関
<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科（脊椎） <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科（手の外） <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科	患者さん

- ※予約時間に間に合わない、予約日当日キャンセルの場合には当院にご連絡ください。
 TEL 048-253-8136（地域医療連携室）平日（月～金）9:00～17:00迄にお願いします。
- ※緊急対応等で予約時間が超過することもあります。予めご了承ください。
- ※予約日に検査等を行いますと時間を要することがございます。予めご了承ください。

交通手段

- 電車/JR京浜東北線 西川口駅（西口）より徒歩8分
- バス/国際興業バス・みんななかまバス 西川口駅（西口）⇔川口駅（西口）西川口5丁目下車
 【オレンジカウンター・地域連携窓口】
 本館1階・当院正面玄関右手

交通のご案内

