

## 新生会第一病院CKD教育入院申込書

総合受付 F A X 052-808-3200

CKD教育入院受付メールアドレス [ckd2021@hospy.or.jp](mailto:ckd2021@hospy.or.jp)

### 【申込方法】

①CKD教育入院申込書の必要事項を記入のうえ、上記連絡先へFAXもしくはメールでお送りください。

※保険証・医療証のコピーを同時に送って頂きますと、診察当日の待ち時間が短縮されます。

②外来受診の予約日時については、新生会第一病院から患者さんへ直接ご連絡をさせて頂き、調整をします。

③紹介状は患者さんへお渡し頂き、外来受診日当日に受付へ提出して頂きますよう、ご説明ください。

### 【紹介患者情報】

|                                  |                              |            |                                         |
|----------------------------------|------------------------------|------------|-----------------------------------------|
| フリガナ                             | 新生会第一病院受診歴（有・無・不明）           |            |                                         |
| 患者氏名                             | 様                            | ※診療科問わず    |                                         |
| 性別：                              | 男・女                          | 生年月日：      | 年 月 日生                                  |
| 患者住所 〒                           |                              |            |                                         |
| 自宅TEL                            | （ ）                          | -          | / 携帯TEL （ ） -                           |
| 緊急連絡先：氏名                         |                              |            |                                         |
| 自宅TEL                            | （ ）                          | -          | / 携帯TEL （ ） -                           |
| 診察希望日                            | <input type="checkbox"/> 月曜日 | 午前（9時～11時） | <input type="checkbox"/> 土曜日 午前（9時～11時） |
| ※一旦外来受診を頂き、具体的に入院日をご相談させていただきます。 |                              |            |                                         |

### 【紹介元医療機関】

|          |  |
|----------|--|
| 医療機関名    |  |
| 所在地      |  |
| 医師氏名     |  |
| 電話番号     |  |
| F A X 番号 |  |

問い合わせ先：新生会第一病院 医事課 地域連携担当 TEL：052-808-2100（9時～17時30分）