

## 病診連携予約申込書

フリガナ		男・女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和		
患者 氏名	様  (旧姓)			年	月	日
当院の受診歴 (有・無)		電話(自宅)	—	—		
診察券 ID	— —	(携帯)	—	—		
		(勤務先)	—	—		

## ◇ 紹介診療科

科	医師
---	----

紹介元医療機関名

所在地

※希望日のご記入をお願いします。

第1希望	月	日	曜日
第2希望	月	日	曜日

TEL

FAX

医師氏名

最短日を希望 (1週間以内 2週間以内)

※都合の悪い日 ( )

## ◇ 患者情報

該当する場合、に $\checkmark$ をお願いします→ 入院中 車いす ストレッチャー

主訴又は病名・症状
紹介目的 [ 入院・転院・精査( )・手術・その他 ] (診療情報提供書をFAX送信して頂ける場合は記入の必要はありません)

◇ お申込み受付後、地域医療連携室から「紹介患者診察予約票」を返信いたします。

到着後、診療情報提供書と共に、患者さまにお渡しく下さい。

◇ ご希望される日時や医師に添えない場合は、お電話でお知らせいたします。

## ◇ 中央病院処理欄

予約日	月	日 ( )	時	分～
				月 日 受付