

## 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)	その他		年 月 日
住所				
当院の受診歴 (有・無)		電話(自宅)	—	—
		(携帯)	—	—
患者番号	—	(勤務先)	—	—
		(緊急連絡先・氏名)	—	—

### ◆紹介診療科◆

科	医師
---	----

※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
第3希望	月	日	曜日

都合の悪い日時	
---------	--

紹介元医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名

- ◆ 「病診連携予約申込書」と「診療情報提供書」をFAXしてください。
- ◆ 予約受付後、「紹介患者診察予約票」をFAXにて返信させていただきます。
- ◆ 「紹介患者診察予約票」と「診療情報提供書」を患者様にお渡しください(当日持参)
- ◆ 申込受付:月曜から金曜日 8:30~16:30 (祝日・年末年始を除く)

中央病院処理欄

予約日

月 日 ( ) 時 分 ~ 月 日 (受付)