

【 受 診 予 約 用 】

紹介患者事前受付 F A X 用紙

申込日 令和 年 月 日

患 者 情 報			
フリガナ 氏 名	()	性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所			電話番号
久美浜病院受診歴	あり（診察券番号: ） ・ なし ・ 不明		

受 診 予 約												
受診希望診療科（○をつけてください）												
内 科	精 神 科	外 科	小 児 外 科	小 児 科	整 形 外 科	泌 尿 器 科	眼 科	耳 鼻 科	皮 膚 科	歯 科 口 腔 外 科		
希 望 医 師 名		あり（ ） ・ なし										
希 望 診 察 日		第一希望 令和 年 月 日（ ） 第二希望 令和 年 月 日（ ）										
※受診予約には『診療情報提供書』を必ず添付いただきますようお願いいたします。 ※希望医師・希望日時はご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。 ※精神科を希望される場合は、紹介状と問診票をお送りいただき、医師が診察可能と判断した場合に予約日を調整いたします。（医師の判断によっては診察をお受けできない場合もあります） なお、診察日が第 1,2,3,4 週金曜日のため予約調整に時間を要しますことをご了解願います。												
紹介目的（主症状・病名）												

紹 介 元 医 療 機 関			
名 称		所 在 地	〒
診 療 科		電 話 番 号	
医 師 名		F A X 番 号	

備 考

患 者 状 況	京丹後市立久美浜病院 地 域 医 療 連 携 室	電 話 番 号 0772-82-4090 F A X 番 号 0772-82-1681 受 付 時 間 平日 8:30~16:00
☐ 外来待機中 ☐ 帰宅 ☐ 入院中		

※予約の確認が取れ次第「予約票」をお送りいたしますので、患者様にお渡し願います。