

【 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	(*心療 内科	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	()					
※ <u>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。</u> ※希望医師・希望日時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。 ※心療内科を希望される場合は、内科受診が必要となります。(内科受診後の予約診療となります)												
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
<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 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。