**【　受　診　予　約　用　】**

紹介患者事前受付ＦＡＸ用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日　令和　　年　　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患　者　情　報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | (　　　　　　　　　　) | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | | | 生年月日 | | 明治・大正・昭和・平成・令和 | | | | | | |
| 氏　 名 | |  | | | | | | | | 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（**〇**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 （　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※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。**  **※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 | | | |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ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  ＦＡＸ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。**