**【　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 0772-82-4090ＦＡＸ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。**