

紹介患者様事前診察申込書 FAX(0772)62-2852

*** 個人情報**

フリガナ		性別
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生()歳	
住所	(〒 -)	
電話番号	自宅() -	携帯() -

受診希望科	
希望科に○印をつけて下さい	
<input type="checkbox"/>	一般内科
<input type="checkbox"/>	総合内科
<input type="checkbox"/>	糖尿病・内分泌科(予約制除く)
<input type="checkbox"/>	消化器内科(予約制除く)
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科
<input type="checkbox"/>	神経内科
<input type="checkbox"/>	循環器内科(予約制除く)
<input type="checkbox"/>	血液内科
<input type="checkbox"/>	外科
<input type="checkbox"/>	脳外科(頭痛外来)
<input type="checkbox"/>	整形外科
<input type="checkbox"/>	リウマチ科
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科
<input type="checkbox"/>	産婦人科
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/>	泌尿器科
<input type="checkbox"/>	眼科
<input type="checkbox"/>	皮膚科
<input type="checkbox"/>	回復期リハビリテーション(入院)

***丹後中央病院の受診歴**

- 有 → カルテNo()
 無 → 保険証又は保険情報のコピー可

保険者番号							
記号		番号					
被保険者	本人・家族	負担割合		割			
資格取得年月日	年 月 日	有効期限		年 月 日			
公費							
有効期限	年 月 日						

*受診希望日	※予約制の診療日は予約をお取りできかねます。別日をお願い致します。						
	第1希望日	年	月	日()			
	第2希望日	年	月	日()			

受診希望医師名
先生

***診察内容**

主症状・病名	
紹介目的	

***紹介元医療機関**

医療機関名		所在地	
御担当科・医師名	()科 先生	御送信者氏名	
電話番号	() -	FAX番号	() -

●緊急時および即日入院が必要な場合は、事前に担当医へご連絡いただきますようお願い致します

●FAX受付後、担当医と調整し、予約票をFAXにて返信させていただきます。患者様にお渡しく下さい。

●下記時間外の予約につきましては、診療科の都合により、御返事が翌日以降になる場合がございますのでご了承ください。

***問い合わせ先**

公益財団法人 丹後中央病院 TEL(0772)62-7730 FAX(0772)62-2852

地域医療連携室 受付時間・・・平日8:30～17:00(第2・4土曜8:30～12:00)