

外来紹介患者予約申込み書

中津市民病院 患者サポートセンター地域医療連携室 あて
FAX 0979-22-2448

医療機関名
紹介医師名
TEL
FAX

ふりがな		性別	男 女
患者氏名			
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		
受診希望日	令和 年 月 日 (曜日)		
診療科	科 希望担当医師名		
傷病名			
紹介目的	診断、治療、検査、入院、その他 ()		
連絡事項			

令和 年 月 日

- ※ この用紙は、外来紹介患者さんの予約申し込みの FAX 連絡様式です。折り返し、受診受け入れ可能日等を記載した「外来患者予約票」を当院より FAX 返信いたします。
- ※ この用紙は、診療情報提供書ではありません。お手数ですが、申込み書に併せて診療情報提供書を FAX いただきますようお願いいたします。
- ※ 予約の受付時間は平日の 8 時 30 分～16 時 30 分です。なお、受診日の前日に予約の場合は、15 時までをお願いいたします。
- ※ 診療情報提供書の原本は、患者さんに渡し、受診日にご持参いただくようお願いいたします。