医療機関→中津市民病院

**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時までにお願いします。
* 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伝えください。

中津市民病院　患者サポートセンター地域医療連携室

〒871-8511　大分県中津市下池永173番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL 0979-22-2836　 FAX 0979-22-2448