（ファックス用）

申込日　　令和　　年　　月　　日

診療予約申込依頼書

くしもと町立病院

地域医療連携室　　　　　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご紹介いただきます患者様についてご記入ください。 | | | |
| ふりがな： |  | |  |
| ご 氏 名： |  | | 性別： 男 ・ 女 |
| 生年月日： | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日生　　年齢　　　歳 | | |
| ご 住 所： | （〒　　　　－　　　　　） | | |
|  | 電話番号 | （　　　　）　　　　－ | |
| 当院受診歴（ 有 ・ 無 ） | | | |

ご希望の日、ご都合の悪い日などがございましたら備考欄へご記入下さい。

希望医師のご指定は、なるべくご希望に沿うように致しますが、ご紹介内容や医師の都合により、ご希望に沿えない場合がございますのでご了承下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望受診科 | | 希望医師名 | 受診日 | □希望日（　　　　　　　　　　　）  □都合の悪い日（　　　　　　　　）  ※申込当日の予約はおとりできません。 |
|  | |  |
| 傷病名 |  | | | |
| ご紹介目的 |  | | | |
| 住所  貴医療機関名  貴医師名  電　話  ＦＡＸ |  | | | |

・ご紹介目的の病状、症状に関してはなるべく日本語でわかりやすくご記入ください。

・予約日が決まり次第、ご連絡させていただきます。

・受付日　　月～金　　9時～17時