

紹介患者予約申込書

中津川市民病院医療連携室 宛

FAX : 0573-62-4012

申込年月日 : 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

(紹介元医療機関にて記入)

紹介元医療機関名 _____ 病院・医院 担当診療科 _____ 科
 電話 () _____ 担当医師名 _____
 FAX () _____

フリカナ		性別	旧姓 (以前受診のある方)
氏名	様	男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	当院受診歴の有無 [有 無]	
住所	〒		
電話	【自宅】 ()	【携帯】	

診断名又は症状	
---------	--

希望診療科名	科		
希望される医師	医師		
受診希望日	第1希望	平成	年 月 日
	第2希望	平成	年 月 日
	第3希望	平成	年 月 日

※ 平日の午前8:30～午後6:00までの受付分は、30分以内に回答させていただきます。
 午後6:00以降の受付分は翌日の午前中に、休日前日(金曜日を含む)の午後6:00以降及び
 土・日・休日の受付分は休み明けの午前中に回答させていただきます

※ このたびはご紹介頂き、誠にありがとうございます。この予約票を病診連携室までFAX頂け
 ますと、折り返し希望日の確認のため、お電話させて頂き、その後予約票をお送りいたします。
 できる限り 患者様にお待たせしないで、予約がとれるよう努めてまいります。
 今後とも宜しくお願い申し上げます。

総合病院 中津川市民病院
 医療連携室 電話 0573(62)4011