

## 紹介連絡・予約申込

(申込年月日：平成 年 月 日 午前・午後 時 分)

患者様の同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。

中津川市民病院	依頼元	医師										
	電話	FAX					Mail					
市町村番号							保険者番号					
受給者番号							記号・番号					
公費負担者番号							資格取得日	昭和・平成	年	月	日	
公費受給者番号							有効期限	平成	年	月	日	
フリガナ							事業所					
氏名						男	保険者・市町村					
						女	国保組合所在地	電話				
	[旧姓] 以前受診のある方						公費負担者番号					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日			公費受給者番号					
住所	〒 電話						乳・重・母・父・重老					
							有効期限	平成	年	月	日	
被保険者・世帯主氏名							受診者の負担率	窓口	割	本人・家族・その他( )		
診断名または症状												
希望診療科						診療希望医師	医師					
受診希望日	第1希望	年	月	日	時	分頃						
	第2希望	年	月	日	時	分頃						
	第3希望	年	月	日	時	分頃						
都合の悪い日	年	月	日			年	月	日				

※ 平日の午前9時00分～午後5時30分までは、30分以内に回答させていただきます。

午後5時30分以降は、翌日の午前中に、休日前日（金曜日を含む）の午後5時30分以降・土・日・休日は、休み明けの午前中に回答させていただきます。

----- 以下の部分を切り離して患者様にお渡し下さい -----

## 中津川市民病院 診察予約票

患者様氏名	様		
予約診療科		担当医師	
診察予約日	年	月	日 ( ) 時 分
1. 紹介状受付②番までお越しください。(予約時間15分前までに) 2. 下記のものをご提出ください。 ①この診療予約票      ②診療情報提供書(紹介状) ③保険証・医療証      ④中津川市民病院の診察券 3. 案内票をお渡し致します。 不明な点がありましたら、職員に声をかけてください。			

※ 他の予約患者様の診察状況や救急患者様の処置等のために、予約時間より多少遅れることもありますのでご了承ください。

※ 予約の日時変更を希望される場合には、医療連携室(0573-62-4011)まで早めにお電話ください。