

# 診察予約依頼票

令和 年 月 日

公立陶生病院 地域医療連携室  
TEL (0561) 82-1609  
FAX (0561) 87-1636

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ふりがな 患者氏名	大・昭 様 (男・女)	平・令	年 月 日生		
現住所 〒					
電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )	— —	※日中に必ず連絡 がつく番号を記入 してください	当院受診歴	有 ・ 無

依頼診療科名	科
--------	---

<b>診療希望日</b> 有 (第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日) ・ 無
<b>予約日の日程調整方法について</b> ※いずれかに✓をお願いします 公立陶生病院が <input type="checkbox"/> 患者さんで行う <input type="checkbox"/> 医療機関で行う
医師指定 有 ・ 無
<b>備考</b> がん検診後の精密検査 有 ・ 無 CKDパス 初回 ・ 2回目以降 動脈硬化外来 予約区分：各内容はパンフレット参照 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<b>紹介目的、主訴、傷病名</b> * 診療情報提供書のFAXがある場合は記入不要です
医療コンシェルジュ (案内係) 希望 ( する ・ しない )