

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 _____

ふりがな 患者氏名	様 (男・女)	大・昭 平・令	年 月 日生
現住所			
電話番号 () - ※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
--------	---

診療希望日 有 (第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日) ・ 無
予約日の日程調整方法について ※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
備考 がん検診後の二次精査 有 ・ 無 CKDパス 初回 ・ 2回目以降
紹介目的、主訴、傷病名 * 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)

【 当院からの連絡事項 】

- ※ 結核 (結核菌陽性、または強く疑われる場合) の患者さんの受診に関しては、直接呼吸器内科の医師を通していただくようお願いいたします。
- ※ 頭痛、物忘れ、睡眠でのご紹介は、特殊外来 (頭痛・物忘れ外来、睡眠外来) へのご案内になります。
- ※ 診療科によっては事前に診療情報提供書を取り寄せさせていただきますのでお願いいたします。
- ※ セカンドオピニオンについては専用予約票にてご依頼ください。