公益財団法人丹後中央病院　紹介患者様事前診察申込書

地域連携相談部宛　FAX:0772-62-2852　TEL:0772-62-7730

年　月　日

【御紹介元情報】

医療機関名・所在地　〒	
診療科：	御担当医師名：
TEL：	FAX：

【患者様情報】

フリガナ 氏名	当院受診歴 ・有 → カルテNo（　　） ・無 → 保険情報の添付又は保険情報ご記入お願い致します。	
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）		男性 ・ 女性
御住所 ＴＥＬ		
〈保険情報〉 保険者番号　記号　番号		
被保険者：本人・家族　負担割合：　割　資格取得日：　年　月　日		有効期限：　年　月　日
公費		有効期限：　年　月　日

【診療科・医師】 ※御希望の科に〇印をつけて下さい	
	総合内科
	消化器内科
	循環器内科
	糖尿病・内分泌科　（要相談）
	脳神経内科
	呼吸器内科
	血液内科
	小児科（要相談）
	婦人科
	外科
	脳神経外科（頭痛外来）
	整形外科
	リウマチ科（完全予約制）
	リハビリテーション科（要相談）
	形成外科
	麻酔科（ペインクリニック）
	耳鼻咽喉科
	泌尿器科
	眼科
	皮膚科
	一般リハビリテーション（入院）
	回復期リハビリテーション(入院)
御希望医師名	

【御希望日】	【御都合の悪い日】
・第1希望日　月　日 ・第2希望日　月　日 ・□御希望なし	

【患者様待機状況】　□外来待機中　□入院中　□帰宅

【御紹介内容】

〈主症状・病名〉
〈御紹介目的〉

【予約受付時間】月～金曜日（8：30～17：00）

【予約について】

※上記時間外のお申込みについては、翌業務日以降のお返事となります。また、診療科、医師によっては、お返事にお時間頂く場合や、当日のお返事が出来かねる場合もございますので合わせて御了承下さい。

※当日受診や、緊急対応および即日入院が必要な場合は連携予約はお取り出来ません。希望される科の医師へ直接ご相談頂きます様お願い致します。

令和8年10月改訂