# 桑名市総合医療センター　外来診療予約申込書

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関名
所　在　地
担 当 医 名
電 話 番 号
ＦＡＸ番号

FAX：0594-22-2166（地域医療ｾﾝﾀｰ直通）
TEL：0594-22-2110（地域医療ｾﾝﾀｰ直通）
お申し込み受付時間：
平日8:30～17:00

希望診療科
該当の診療科にレをつけてください。

＜予約制＞
☐ 糖尿病・内分泌内科　☐ 血液内科　☐ 膠原病リウマチ内科
☐ 静脈瘤外来　☐ 泌尿器科　☐ 脳神経内科
☐ 眼科　☐ 手外科（整形外科）　☐ 人工関節外来（整形外科）
☐ 総合内科　☐ 消化器内科　☐ 耳鼻咽喉科
☐ 産婦人科　☐ 呼吸器外科　☐ 皮膚科
☐ リハビリテーション科

＜予約制：返信に時間を要する診療科＞
☐ 歯科口腔外科　☐ 乳腺外来　☐ 禁煙外来
☐ 小児循環器外来　☐ 小児外科外来　☐ 小児心療内科
☐ 脊椎・脊髄外来　☐ 頭痛外来　☐ ITB/SCS 外来
☐ 形成外科　☐ IBD 外来　☐ 放射線治療

＜予約ができる診療科＞
☐ 循環器内科　☐ 腎臓内科　☐ 呼吸器内科　☐ 総合診療科
☐ 外科　☐ 小児科　☐ 心臓血管外科

医師の指名　1. あり⇒（　　）医師　2. なし
※指名する場合は医師名、指名しない場合は診療科名をそれぞれ紹介状の宛名に記入してください。

| 診療希望日時 | |
|---|---|
| | 第１希望：　令和　　年　　月　　日（　　） |
| | 第２希望：　令和　　年　　月　　日（　　） |

| 患者さん | | |
|---|---|---|
| | 氏名等 | フリガナ（　　）　貴院のＩＤ（　　）<br>氏　名：　　様　　性別　男・女 |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生　（　　歳） |
| | 電話番号 | －　　－<br>（携帯）　　（日中に必ず連絡がつく番号を記入してください） |
| | 住　所 | 〒　　－ |

紹介目的　☐診察　☐治療　☐家族相談　☐その他

貴院に　☐通院中　☐入院中⇒退院せずに当院を受診する予定ですか？　☐はい　☐いいえ

当院受診歴　☐あり（ID No.　　）　☐なし　☐不明

※　注意点　※

- **診療情報提供書を申し込み時にＦＡＸで送信してください。**
- 診療科および担当医は外来診療案内表もしくはホームページ（https://www.kuwanacmc.or.jp/）でご確認ください。
- ご予約やお問い合わせは、地域医療センター事務担当（TEL:0594－22－2110）までご連絡ください。