

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 (地域医療セキ-直通)

TEL: 0594-22-2110 (地域医療セキ-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 しをつけてくだ さい。)	<完全予約制>			
	☐ 糖尿病・内分泌内科	☐ 血液内科	☐ 膠原病リウマチ内科	
	☐ 乳腺外来	☐ 泌尿器科	☐ 脳神経内科	
	☐ 眼科	☐ 放射線治療科	☐ 人工関節外来(整形外科)	
	☐ 歯科口腔外科	☐ 形成外科	☐ 手外科(整形外科)	
	☐ 産婦人科	☐ 皮膚科	☐ IBD外来	
	☐ リハビリテーション科	☐ 脊椎・背髄外来	☐ 頭痛外来	
	☐ ITB/SCS外来	☐ 小児心療内科	☐ 耳鼻咽喉科	
	☐ 静脈瘤外来	☐ 呼吸器外科	☐ 心臓血管外科	
	☐ もの忘れ外来			
	<予約制>			
	☐ 循環器内科	☐ 腎臓内科	☐ 呼吸器内科	☐ 総合診療科
	☐ 外科	☐ 小児科	☐ 総合内科	☐ 消化器内科
	☐ 精神科			
	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 () 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	- - (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⇒退院せずに当センターを受診する予定ですか? ☐ はい ☐ いいえ		
当センター受診歴 ☐ 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。