桑名市総合医療センター　　　外来診療予約申込書

　　　　　　　年　　　　月　　　　日

紹介元医療機関名

**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

所　　在　　地

担当医名

電　話　番　号

ＦＡＸ番号

|  |  |
| --- | --- |
| 希望診療科該当の診療科にㇾをつけてください。 | **＜完全予約制＞**□　**歯科口腔外科**□**糖尿病・内分泌内科**□**血液内科**□　**総合診療科**□**膠原病リウマチ内科**□**心臓血管外科**□　**呼吸器外科**□**静脈瘤外来**□**人工関節外来（整形外科）**□　**手外科（整形外科）**□**皮膚科**□**耳鼻咽喉科**□　**眼科**□　**小児心療内科**□　**形成外科**□　**ＩＢＤ外来**□**乳腺外来**□**脳神経内科**□　**もの忘れ外来**□**頭痛外来**□**ＩＴＢ／ＳＣＳ外来**□　**脊椎・脊髄外来**□**精神科**□**泌尿器科**□　**産婦人科**□**放射線治療科**□**足の傷外来****＜予約制＞**□　**総合内科**□**消化器内科**□**腎臓内科**□　**呼吸器内科**□**循環器内科**□**小児科**□**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（　　　）**希望日なし　　又は　　不都合な日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 患　者　さ　ん　 | 氏 名 等 | ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　）　貴院のＩＤ（　　　　　　　　　　　　　　）氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓（　　　　　　　）　　　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 | 　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　　**（日中に必ず連絡がつく番号を記入してください）**（携帯） |
| 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。