桑名市総合医療センター　　　外来診療予約申込書

紹介元医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

所　　在　　地

**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

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**□**呼吸器内科**  □　**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**□**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**  □**循環器内科**□**小児科**□**外科** |
| 医師の指名　　　1.　 あり⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医師　　2. なし |
| 【外国籍の方】日本語　□可  　　　　　　　　　　　□不可　→　□ 当院医療通訳の予約を希望する（□ポルトガル語　□スペイン語　□ベトナム語）  　　　　　　　　　　　　　　　→　□ 上記以外：必ず日本語可能な方と一緒にご来院ください | | |
| 診療希望日時 | | **第１希望：　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）**  **第２希望：　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）**  **第３希望：　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）**   * 希望日なし　　・　　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）**  （携帯） |
| 住　　所 | 〒　　　　- |
| 貴院に　　　□通院中　　 □入院中（退院予定日：　　　年　　　月　　　日） | | |
| 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>。