

【外来診察予約】※結核に関する申込は別書式です。

紹介元医療機関→ 公立西知多総合病院

診療情報提供書(兼)診療予約申込書

下記の方を紹介します。

紹介元医療機関名 (依頼医師名)	TEL() FAX()		
フリガナ	患者氏名 様	男女	生年月日
患者氏名			天正 昭和 平成 令和 年 月 日
患者連絡先電話番号			

【各科外来】 受診希望科に☑してください。※「内科」は日付のみの予約になります。

予約診療科 該当科に☑してください	内	呼	消	循	腎	脳	血	内	小	外	呼	血	乳	緩	脳	整	皮	泌	産	眼	耳	形	歯	ペ	リ
	科	吸	化	環	臓	神	液	分	児	科	器	管	腺	和	神	形	膚	尿	婦	科	鼻	成	科	イン	ウ
担当医希望	無 ・ 有 : () 医師																								
傷病名・紹介目的	☐ ←この様式を診療情報提供書として使用する場合はチェックして下さい。 (※この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんに忘れずにお渡し下さい)																								
添付資料	☐なし ☐あり 枚 (どちらかに、☑してください)																								

【専門外来】 希望外来に☑してください。

<input type="checkbox"/> ※ 睡眠時無呼吸症候群外来	<input type="checkbox"/> 禁煙外来
--	-------------------------------

※簡易検査が済んでいる患者さんが対象になります。1stチェックが必要な場合は耳鼻咽喉科の予約をお願いします。

【予約手続方法】 希望の予約方法に☑してください。 ※緊急性が高い場合はお電話ください。

第一希望 第二希望

FAXにて 月 日() 月 日() いつでも可 その他:

ご本人よりお電話 (電話予約専用の「紹介患者予約票」を患者様にお渡しいただき、予約のお電話をしていただくようお願いください。)

FAX (0562)33-0010 TEL (0562)33-9858

公立西知多総合病院 患者サポートセンター(PSC) 地域医療連携室 直通

(令和2年4月版)