



外来受診申込書

診療情報提供書を添えて地域連携室へFAXをお願いします。

FAX番号 0173-42-1516

※緊急時は直接TEL連絡をお願いいたします。

当日を含む2日以内に受診希望の場合は地域連携室へTELをお願いします。

申し込み年月日		令和 年 月 日	送信枚数 枚	
紹介元	医療機関名		電話番号	
	診療科		FAX番号	
	担当医師名		申込担当者	
患者様情報	フリガナ		生年月日	性別
	氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	男・女
	住所	〒		旧姓
	電話番号		携帯電話	
	連絡先となる方	氏名：	続柄：	電話番号：

希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 ・ <input type="checkbox"/> 糖尿内科	備考欄
受診希望日	第1希望日： 月 日 ()	
	第2希望日： 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> 特に希望なし	

- ・担当の医師が内容を確認後にFAXにてお返事いたしますので、時間を要します。
- ・受診日が決まりましたら患者様への連絡をお願いします。
- ・変更やキャンセルなどの連絡は、14時から16時の間にお電話をお願いします。
- ・内容によってはお断りさせていただくこともあります。

<p>【受診時の持ちもの、お願い】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報提供書 原本 ・お薬手帳 ・糖尿病手帳（お持ちの方） ・血圧手帳（お持ちの方） ・マイナンバーカード又は保険証 ・診察券（お持ちの方） ・受診時はマスクの着用をお願いします ・受診日発熱や風邪症状がある方は、受診前にお電話で連絡をお願いいたします。 	<p>【お問い合わせ先】</p> <p>つがる西北五広域連合 つがる市民診療所 地域連携室 TEL：0173-42-3111（代） FAX：0173-42-1516（地域連携室直通）</p>
--	---

つがる市民診療所 記入欄

受診日時 令和 年 月 日 ()

受付時間 時 分までに受付をお願いいたします。

※診察状況によってはお待ちいただくこともありますのでご了承ください。

令和 年 月 日

|

|