＜別添３＞

医療機関→中津市民病院

外来紹介患者予約申込み書

中津市民病院　患者サポートセンター地域医療連携室　あて
FAX　0979-22-2448

医療機関名
紹介医師名
Ｔ　Ｅ　Ｌ
Ｆ　Ａ　Ｘ

ふりがな		性別	男　女
患者氏名			
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　年　月　日		
受診希望日	令和　年　月　日（　曜日）		
診療科	科　希望担当医師名		
傷病名			
紹介目的	診断、治療、検査、入院、その他（　）		
連絡事項			

令和　年　月　日

※　この用紙は、外来紹介患者さんの予約申し込みの FAX 連絡様式です。
折り返し、受診受け入れ可能日等を記載した「外来患者予約票」を当院より FAX 返信いたします。

※　この用紙は、診療情報提供書ではありません。お手数ですが、申込み書に併せて診療情報提供書を FAX いただきますようお願いします。

※　予約の受付時間は平日の 8 時 30 分～16 時 30 分です。なお、受診日の前日に予約の場合は、15 時までにお願いします。

※　診療情報提供書の原本は、患者さんに渡し、受診日にご持参いただくようお伝えください。

中津市民病院　患者サポートセンター地域医療連携室
〒871-8511　大分県中津市下池永 173 番地
TEL 0979-22-2836　FAX 0979-22-2448