**茨城県西部メディカルセンター　地域医療連携室**

**診　療　予　約　申　込　書**

受診希望日　※必ずご記入ください　ご希望のない場合、直近で予約します。

□希望なし　　特にご都合が悪い日などがありましたら記入願います。

　　　　　　　　　　　　（　　　　　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　）

□希望あり　　第1希望　 月 日　　　　第2希望　 月 日

紹介元医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 所　在　地 |  | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |
| 医　師　名 |  | |

　　紹介患者様情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 | （性別　男　・　女　） | |
| 生年月日 | （　Ｍ　・　Ｔ　・　Ｓ　・　Ｈ　　　　　年　　　月　　　日）　　　　　　　　歳 | |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ | |
| 電話番号 | （自宅） | |
| （携帯） | |
| 当院受診歴の有無 | 不明　　・　　有　　・　　無 | |
| 保険情報  （該当に〇をつけてください。） | 国保　・　社保（　協会けんぽ　・　共済　・　組合　）　・　生活保護　・　なし | 本人　・　家族 |
| 希望受診科 |  | |
| 希望医師（ある場合） |  | |

診療情報提供書は来院時に持参して下さい。

ＦＡＸ　0296-24-9115