

診療予約申込書

(ご記入日： 年 月 日)

県立二葉の里病院	紹介元医療機関
FAX：082-262-1253 TEL：082-262-1581	所在地： 名称： 医師名：
診療予約申込時間／平日（土日祝日除く） 8：40～17：00 ※上記時間外にお申込の場合は、ご連絡が翌日以降となります。	TEL： FAX：

患者情報	当院受診歴	有 ・ 無	受診歴のある方は 診察券番号をご記入ください	当院診察券番号：
	フリガナ	(男・女)		生 年 月 日
	氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
	現 住 所	〒 -		
	電 話 番 号	※9：00～17：00までの間にご連絡のとれる番号をご記入ください。 ① 自宅 ・ 職場 ・ 携帯等 () - ② 自宅 ・ 職場 ・ 携帯等 () -		
	連 絡 方 法	() 上記患者・家族へ	保険者番号	
		() 紹介元医療機関へ	記号・番号	
	受診希望日	第1希望 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	第2希望 月 日 ()	公費負担者番号		
		公費受給者番号		
		公費負担者番号		
		公費受給者番号		

希望診療科に ○をしてください	<ul style="list-style-type: none">消化器内科整形外科リウマチ/膠原病内科産婦人科	<ul style="list-style-type: none">循環器内科ペインクリニック外来(麻酔科)泌尿器科皮膚科	<ul style="list-style-type: none">呼吸器内科脳神経内科眼科小児科	<ul style="list-style-type: none">外科・消化器外科外科(温熱療法)耳鼻咽喉科緩和ケア科透析外科(慢性腎臓病)	
当 院 医 師 名	() 医師 ・ 指定なし	担当医連絡	済 ・ 未	当日入院希望	有 ・ 無
備 考					
持 参 物	CD-R ・ X-P ・ その他()				
来 院 方 法	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー ・ 救急車 ・ その他()				

●紹介患者さまが来院されるまでにカルテの作成を済ませますので、お手数ですが上記に必要な事項をご記入のうえ、診療情報提供書とあわせてご送信ください。※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。
(2025年4月 改訂)