

有田市立病院 入退院支援センター 地域連携室宛  
 直通FAX 0737-82-6565

ご紹介元医療機関名、医師名、電話、FAX
----------------------

## 診療予約申込書

紹介患者様

フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
患者氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
住 所	〒	自宅 電話番号		
		携帯 電話番号		

予約希望日	(第一希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後	(第二希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後	(第三希望) 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後
予約内容	診療科	科 希望医師があれば ( ) 医師	
	申込(紹介)目的 その他コメント		

患者様が当院を受診される時は、別途『診療情報提供書』が必要となりますので、  
 患者様にお渡しいただきますよう何卒よろしくお願いたします。

- ※手足専門外来は、毎週火曜と木曜です。(完全予約制)
- ※もの忘れ外来は、毎週木曜です。(完全予約制)
- ※睡眠時無呼吸専門外来は、第1水曜日14時・14時30分・15時です。(完全予約制)  
 (貴院・他院にて睡眠時無呼吸簡易検査を受けられた方)  
 第1水曜日の専門外来を受診できない方は、初診・再診・簡易検査の有無に関わらず、月・水・木曜日の  
 一般外来を受診してください。(都合により臨時休診となる場合があります。)
- ※月曜から金曜の17時15分以降は、翌日(金曜の場合は月曜)の手続きになります。
- ※急患の場合は、地域連携室にお電話をお願いいたします。

ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。