

## 紹介患者様 外来診療予約票

| 紹 介 先  |                |
|--------|----------------|
| 当院診療科名 |                |
| 当院医師名  |                |
| 紹介理由   |                |
| 予約日時   | 年 月 日（ 曜日） 時 分 |

| 紹介元医療機関                                   |              |
|-------------------------------------------|--------------|
| （※紹介元医療機関様へ 受診前日までに診療情報提供書の事前FAXをお願いします。） |              |
| 貴病院名                                      |              |
| ご紹介医師名                                    | 科 先生         |
| ご担当者名                                     | 様 部署（ ）内線（ ） |
| ご連絡先                                      | TEL： FAX：    |

| 患者様情報                 |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| フリガナ                  | M・T・S・H・R                  |
| ご氏名                   | 年 月 日                      |
| ご連絡先                  | 電話番号①：（ ） -<br>電話番号②：（ ） - |
| ご住所                   | 〒 -                        |
| 当院の診察券をお持ちの方 診察券番号（ ） |                            |

当院予約センターへFAX後、この用紙をご紹介患者様へお渡してください。

## 【 患者様へ 】

## ■当日ご持参いただくもの

- ①マイナンバーカードまたは資格証明書（ない場合は保険証）  
②紹介状（原本）  
③診察券（お持ちの方） ④お薬手帳

※外来診療予約票（本用紙）はご持参いただく必要はございません。

※予定の時刻に受診出来ない場合は、当院へご連絡ください。

※診察時間は、診療状況により大幅に遅れる場合がございます。また、当日の診療状況により、診察医が変更になる場合もございます。ご了承下さい。

## 【 紹介元医療機関様へ 】

※ 土・日・祝祭日は休診です。

※ FAXは申込み前日（月曜日予約は金曜日）の17：00までをお願いいたします。

※ 受診当日の予約、救急外来のご予約はできませんのでご了承下さい。



阿蘇医療センター

0967-34-0311（代）