

# 予 約 診 療 依 頼 書

年 月 日

船橋市立医療センター地域医療連携室行

紹介元 医療機関名  
医 師 名  
所 在 地  
電 話 ( )  
F A X ( )

----- ご紹介いただきます患者さんについてご記入ください。 -----

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ ( 男・女 )  
生年月日  M T S H  年 月 日生 ( 歳 )  
住 所  船橋市   
受診希望科 呼吸器内科・消化器内科・代謝内科・女性専用外来・循環器内科・心臓血管外科  
小児科・外科・呼吸器外科・整形外科・耳鼻いんこう科・眼科・泌尿器科  
産婦人科・脳神経外科・形成外科・皮膚科  
医 師 名 \_\_\_\_\_ (希望があればご記入ください。)  
受診希望日 第1希望 平成 年 月 日 ( )  
第2希望 平成 年 月 日 ( )  
医療センター来院歴 ( あり ・ なし )

## 予 約 診 療 受 付 票

ご依頼のありました \_\_\_\_\_ 様の受診につきまして、下記のとおり  
予約をお取りしましたので、この用紙を患者さんにお渡しく下さい。

受 診 科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師  
診察日時 平成 年 月 日 ( )  
午前 ・ 午後 時 分 ~ 時 分の時間帯です。

### 患 者 さ ん へ の お 願 い

受診当日は、 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分までに \_\_\_\_\_ 番受付窓口にお越しください。  
お持ちいただくものは、この「予約診療受付票」、「健康保険証」、紹介元医療機関から  
の「紹介状」、船橋市立医療センターの「診察券 (お持ちの方のみ)」です。

船橋市立医療センター 地域医療連携室 電 話 047-438-3321 (内線2110)  
FAX 047-439-0737