【　FAX送信先　0569-89-0328　】　　202509

診 療 情 報 提 供 書 （診察予約依頼書・患者予約受付連絡票）

紹介先：☐ 知多半島総合医療センター
☐ 知多半島りんくう病院
☐ 病院の指定無し

受診申込科：　　科

希望医師名：　　先生御侍史

紹介元

医療機関名	
住　所	
医師名	
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	

予約方法：☐ＦＡＸ予約
☐患者さんからの予約（診療情報提供書の控えと一緒にＦＡＸ送信して下さい）

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(旧姓　　)	男 ・ 女	年　月　日（　　歳）
住　所		電話番号 携帯電話	

保険種別											公費負担別										
健本	健家	国本	国家	退本	退家	後高	生保	労災	自賠	自費	結核	更生	育成	原爆	特定	小慢	子供	障害	母子	精神	後福

定期的に経過報告の情報提供が不要の場合はチェックをして下さい【☐不要】

＊診察予約希望の方は、こちらをご記入下さい＊

予約希望日

☐ 指定日：第一希望　　月　　日（　）　　第二希望　　月　　日（　）
第三希望　　月　　日（　）　　第四希望　　月　　日（　）

☐１週間以内の予約　☐２週間以内の予約　☐２週間以上先でも可能

・知多半島総合医療センター（半田病院含む）受診歴はありますか？　☐なし　☐あり 登録番号（　　）
・知多半島りんくう病院（常滑市民病院含む）受診歴はありますか？　☐なし　☐あり 登録番号（　　）
・現在入院中ですか？　☐ いいえ　☐ はい → 受診時は？　☐ 退院後　☐ 入院中

★症状・経過・紹介目的・薬剤アレルギーなどを簡単にお知らせください。
☐ 別紙、診療情報提供書参照
☐ 半田市医師会健康管理センターへの画像結果公開依頼済み

※知多半島総合医療センターは半田市医師会健康管理センターと連携しております。病診予約の患者さんについては、半田市医師会健康管理センターでの画像結果を出力して、患者さんにお渡し頂く必要はございません。
「画像結果公開依頼書」を半田市医師会健康管理センターにFAXにて送信してください。
※救命救急センター宛の紹介時は、受診される病院の救命救急センターへご連絡下さい。
※予約状況の確認については、総合予約センターまでご連絡を下さい。
※転院の依頼について、総合医療センターへの依頼は直接診療科の医師へ連絡を下さい。
りんくう病院への転院の依頼は、りんくう病院の患者サポートセンタへ連絡を下さい。

地方独立行政法人知多半島総合医療機構　総合予約センター
TEL　0569-89-0257　FAX　0569-89-0328
FAX受付時間 (平日) 8：30-19：00 (土曜日) 9：00-13：00