病診・病病連携紹介状・予約票

年　　月　　日

診療所名

医師名　　先生

TEL

FAX

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女
生年月日	大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日	
住所	〒	
電話		

保険者番号	
記号/番号	
市町村番号	
受給者番号	

希望診療科		目的	□　:診察予約 □　:検査予約 □　:入院予約 □　:その他
希望医師			
希望検査			

予定日決定の参考事項

傷病名

紹介目的

症状及び治療経過

検査フィルム　□:後日送付　/　□:当日本人渡し

※歯科解析以外の画像作成の場合は、後日送付とさせていただきます。

腎機能（CT・MRI造影検査の場合）

□:正常　　クレアチニン値（　　）

氏名	様	登録医	先生
予約診療科・検査名①		予約日時	年　月　日（　）　：：
予約診療科・検査名②		予約日時	年　月　日（　）　：：

※送迎希望の有無をご記入ください。 有□　/無□	送迎有の場合 →	送迎日時　年　月　日　： 送迎場所

※送迎は原則として、紹介状（FAX予約票を含む）が必要となります。

つくばセントラル病院　病診連携担当　　印

☆この予約票と保険証をお持ちの上、　　分前までに

□　つくばセントラル病院　　受付へお越しください。

□　セントラル総合クリニック　　受付へお越しください。

☆つくばセントラル病院　地域連携室　☎　029－874－8592（直通）　FAX　029－874－6636