

# 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

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）

紹介元 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

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	精神	特定	小慢	特定	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【 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 ( )
<input type="checkbox"/> 1週間以内の予約 <input type="checkbox"/> 2週間以内の予約 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 登録番号 ( _____ )
・現在入院中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 受診時は？ <input type="checkbox"/> 退院後 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 別紙、診療情報提供書参照

※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。

2025年4月

病診予約受付時間（FAX予約）  
平日 8時30分～19時  
土曜日 9時～13時

知多半島総合医療機構 総合予約センター  
FAX 0569-89-0328  
電話 0569-89-0257

知多半島総合医療センター 患者サポートセンター  
電話 0569-89-0252

知多半島りんくう病院 患者サポートセンター  
電話 0569-47-6811