社会医療法人敬愛会
中頭病院

紹介外来予約申込書

※診療情報提供書も併せて送信ください。

申込日：　　年　　月　　日

ご紹介元 医療機関名		申込者	
TEL	－　　－	FAX	－　　－

※当日受診や一週間以内の緊急受診・入院依頼や、セカンドオピニオン、機器共同利用につきましては、本書を使用せず、地域連携室（098-939-9826）まで直接ご連絡ください。

受診目安	□　２週間以内　　（　□担当医指示　□患者希望　）
	□　２週間以降で可
予約調整方法	□　病院間で行う
	□　患者さんが中頭病院 AI 電話（050-5526-6408）へ連絡する
	□　中頭病院から患者さんへ連絡する　連絡先：　　（続柄：　　）
	※FAX 到着確認は不要です。進捗の確認が必要な際にはご連絡ください。 **3 診療日以内に担当者よりご連絡いたします。**

患者情報	受診歴	□有　　□無　　□不明
	患者氏名 （カナ記載で構いません）	（旧姓：　　）
	生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日
備考		

ご紹介後、経過報告として 3 週間以内には返書を作成してお届け致します。
経過報告が必要無い場合は下記へチェックをお願い致します。
※　経過報告は必要無い　□

策定：2026 年 5 月 30 日
修正：2026 年 8 月 1 日

お問い合わせ先
AI 電話：050-5526-6408　TEL：098-939-9826（地域医療連携室直通）FAX：098-929-3125（地域医療連携室直通）