

中津第一病院 糖尿病・内分泌・生活習慣病外来 申込書 兼 予約票

予約日時のご連絡は 紹介元（医療機関）へFAXにて返信いたしますので
ご連絡のつく折返し先のTEL・FAX番号のご記入をお願いします

申 込 日	令和 年 月 日 () 曜日		
受 診 科	☐ 糖尿病 ☐ 内分泌 ☐ 生活習慣病		
医 療 機 関 名			
ご 担 当 者	TEL		FAX
ふ り が な	性別	生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令
患 者 様 氏 名	☐ 男 ☐ 女		年 月 日 (歳)
患 者 様 住 所	電話番号：		
リ ブ レ	☐ 有り 交換時期（令和 年 月 日） ☐ 無し		
処 方 切 れ 日	令和 年 月 日		曜日まで処方あり
インスリンの種類	☐ 有り（薬剤名 ） ☐ 無し		

※診療情報提供書と保険情報を一緒に添付してください

※生活保護受給中の方は、備考欄にご記入下さい

※受診できない日・曜日がある場合は 備考欄へ記載をお願いいたします

備考

➡ 中津第一病院連携室（直通）FAX番号：0979-23-6139

※以下は中津第一病院にて記入のうえ、貴院に返信いたします

予 約 票

予 約 日 時	令和 年 月 日 () 時 分		受付
診 療 科	☐ 糖尿病 ☐ 内分泌 ☐ 生活習慣病		担当医 Dr
食 事	☐ 食事を摂って良い ☐ 朝・昼 食を摂らずに来院		

※初回受診は診察まで2時間ほど要しますので、あらかじめご了承ください

※予約枠のひっ迫により指定の受診日にご来院いただくことを基本としております
予約日に受診できなくなった場合は予約変更受付時間「月～金の14時～16時」に
「(代) 0979-23-1123」へご連絡のうえ予約を取り直してください

《ご持参いただくもの》

- ☐ 紹介状（検査データなどあればお持ちください）
- ☐ マイナンバーカード又は資格者証
- ☐ お薬手帳
- ☐ 本予約票

中津第一病院 地域連携室

TEL：0979-23-6123（直通）

FAX：0979-23-6139（直通）

本予約票は、受診時に使用するため患者様にお渡し下さい

2025.4.22 連携室作成