

専用FAX 0278-25-9801

診療予約申込書

- ・土曜日・休診日及び16:30以降のFAXは、翌稼働日の対応となります。
- ・なお、当日の予約はお受けしておりません。緊急の場合はご連絡ください。

利根中央病院
 総合支援センター 地域連携担当 宛
 TEL 0278-25-9800

【発信医療機関】

所在地
 名称
 TEL
 FAX
 診療科 医師名

申込日	年 月 日					大正・昭和・平成・令和	
フリガナ				性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名						電話番号	() -
住所	〒					携帯電話①	
						携帯電話②	
保険者番号		区分	本人・家族	公費負担者番号			
記号・番号				公費受給者番号			
資格取得日				割合	割	有効期限	～

連絡担当者名

貴院に入院中ですか	はい (月 日退院予定) ・ いいえ	利根中央病院受診歴	有 (年前) ・ 無 ・ 不明
-----------	---------------------	-----------	------------------

該当の診療科に○をつけてください。

※ご依頼日にお返事ができないこともございますので、ご了承ください。

診療科名	内科							外科				傷病名 及び 紹介目的	予約 希望日						
	循環器センター	呼吸器内科	糖尿病内科	腎臓内科	消化器内科	肝臓内科	血液内科	神経内科	一般	呼吸器外科	乳腺外科			脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科
予約可能日	月・火・水・木・金	火・水・木・(金)	水・金	月・火・(リウマチ 水)	火・水・木・金	火・水・木	月	金	月・火・水・木・金	火・水	月・水・金	月・火・水・金	月・水・金	月・火・水・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	第1希望日 月 日(曜日) 希望日なし 第2希望日 月 日(曜日) 第3希望日 月 日(曜日)

◆諸事情により紹介状の宛名とは別の医師が診療を担当させていただく場合がございます。
 あらかじめご了承ください。

※受診日2日前までに、紹介状を必ずFAXしてください。

※小児科、精神科、産科の紹介につきましては外来に直接お問い合わせください。

2026年4月1日 更新