小倉記念病院　診察申込書（予約票）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 　令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 医師名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診科 |  | 科 |
| 希望日 | 第1 | R |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 第2 | R |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 最短日を希望 |  |
| 都合の悪い日 |  |

|  |
| --- |
| 診察希望医師 |
|  | 外来担当医師 |
|  |  | 先生 |

予約日時のご連絡は、ご紹介元(医療機関)へFAXにてご返信いたしますので、FAX番号のご記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　ふりがな　　　　　 | 　 | 　　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 |
| 　 | 　 |

※ 保険情報は、保険証をFAXしていただいても結構です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　保険者番号 | 　 | 　公費番号等すべて記入をお願いします。 |
| 　被保険者記号番号 | 　 | 　 |
| 　被保険者名（世帯主名） | 　 | 　　母子の方は負担金 | ¥ |  |
| 　被保険者との続柄 | 本人　　 ・　　家族 | 本人負担割合 |  | 割 |
| 　　小倉記念病院での受診歴　（他科含め） | 有　　　　・　　　　無 |
| 　　貴院での入院状況　（受診希望日現在） | 外来　　　　・　　　入院中 |
|  　 入院中の方 | 入院日 | 　 | 種類（例：一般病棟） | 　 | 病棟　 |
| 入院科 | 　 |
| 　　画像データ | 有　　　・　　　無 | ＣＤ－Ｒ　（　　　　枚） | フィルム　（　　　　枚） |

小倉記念病院 連携室直通FAX : 0120-020-027

FAX送信後に以下の情報が記入された状態で返信いたしますので、患者さんへお渡しください。

診療情報提供書は受診日の前日までにFAXにてご送信ください。原本は患者さんへお渡しください。

予約情報　＊以下は小倉記念病院 連携室にて記入します。

# 予約日時：

# 診療科： 患者ID：

＜当日の受付窓口について＞本用紙のみを2階「1-B：新患受付窓口」に置いてある黄色い「医療連携箱」にお入れください。

順番でお呼びしますので座ってお待ちください。

＜患者さんへのお願い＞

・本用紙、紹介状、健康保険証、お薬手帳をご持参ください。各医療証と診察券をお持ちの方はご持参をお願いします。

・ご来院の際は、不織布マスク（サージカルマスク）の着用をお願いします。