

小倉記念病院 診察申込書(予約票)

受診科	診察希望医師	申込日	令和	年	月	日
科	<input type="checkbox"/> 外来担当医師	医療機関名				
受診希望日	<input type="checkbox"/> 先生	所在地				
第1: R 年 月 日		TEL				
第2: R 年 月 日		FAX				
<input type="checkbox"/> 最短日を希望 都合の悪い日 ()		医師名				

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	生年月日	年	月	日	歳
旧姓	男	女			
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 ○をおつけ下さい	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	科	種類(例:一般病棟)	病棟
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、患者さんへお渡してください。
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てください。

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。
順番で呼び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。