

小倉記念病院 診察申込書（予約票）

受診科	受診希望日	申込日	令和	年	月	日
科	第1： R 年 月 日	医療機関名				
	第2： R 年 月 日	所在地				
診察希望医師	☐ 特に希望なし	TEL				
☐ 外来担当医師	☐ 最短日を希望	FAX				
☐ 先生	都合の悪い日（	医師名				

ふりがな	生年月日	西暦 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐
患者様氏名 ☐ 男 ☐ 女		年 月 日 歳
旧姓		
患者様住所	携帯番号	
	自宅番号	
	緊急連絡先	

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			
被保険者との続柄	☐ 本人	☐ の他（	
小倉記念病院での受診歴（他科、健康診断含め）			☐ 有 ☐ 無
貴院での入院状況（受診希望日現在）			☐ 外来 ☐ 入院中
受診時 入院中の方	入院日 R 年 月 日	科	種類（例：一般病棟） 病棟
歩行状態	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー	画像データ	☐ 有 ☐ 無

小倉記念病院 連携室直通FAX : 0120-020-027

予約日決定次第、以下予約情報を記載の上、FAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡してください。
 帰院済等で患者さんへお渡しできない場合は、下記予約情報の内容をお伝えください。
 診療情報提供書が未作成の場合は、受診日の2日前までに送信いただくようお願いします。

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>

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、本用紙をお入れください。
 順番に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>

- ・紹介状、お薬手帳、マイナ保険証または健康保険証、お持ちの方は各種医療証、診察券をご持参ください。
- ・マスク着用は任意です。ただし、有症状（咳・発熱）の方、免疫力が低下している方等は着用をお願いします。