

# 小倉記念病院 診察申込書(予約票)

申込日 令和 年 月 日

受診科	科	先生
受診希望日	有 ・ 無 ・ 最短日	
	令和 年 月 日	

医療機関名
所在地
TEL
FAX
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	様 男 女
旧姓	
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 ・ 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 R . . ~	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。

診療情報提供書

小倉記念病院

令和 年 月 日

受診科

科

先生

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
	患者住所	電話番号

症病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  2. 必要がある場合は画像データ、検査データを添付してください。

# 小倉記念病院 CT 検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

検査 希望日	第一 希望 年 月 日	第二 希望 年 月 日
-----------	-------------------	-------------------

※検査枠は火、水、木曜日のみとなります。

下記、必要事項にご記入をお願いいたします。

必要に応じて、複数部位の検査も対応いたします。

部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 単純	
	<input type="checkbox"/> 造影	<u>※造影 CT の場合、もれなくご記入ください</u> ・3カ月以内の腎機能データ eGFR( ) クレアチニン( ) ・腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。

※検査の結果は後日、画像CD-ROMと共に郵送させていただきます。