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	西暦 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐
患者様氏名 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 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、患者さんにお渡しく下さい。
 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いたします。

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。

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	生年月日
	明・大・昭・平・令 年 月 日
性別 男 ・ 女	
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 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ その他 ()	☐ 単純	
	☐ 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 ☐ 有 ☐ 無 ・ビグアナイド系糖尿病薬服用 ☐ 有 ☐ 無 ・アレルギー体質 ☐ 有 ☐ 無 ・造影剤アレルギー ☐ 有 ☐ 無 ・喘息 ☐ 有 ☐ 無 ・甲状腺機能亢進症 ☐ 有 ☐ 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。