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。