

小倉記念病院 診察申込書(予約票)

受診科 科	診察希望医師 <input type="checkbox"/> 外来担当医師 <input type="checkbox"/>	申込日 令和 年 月 日
受診希望日 第1: R 年 月 日 第2: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 最短日を希望 都合の悪い日 ()	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	生年月日 年 月 日 歳
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。