

小倉記念病院診察申込書 兼 医療連携室利用票(患者様控)

申込日 令和 年 月 日

受診科

科 先生

医療機関名

所在地

受診希望日 有 ・ 無 ・ 最短日

TEL

令和 年 月 日

FAX

医師名

予約日時のご連絡は、ご紹介元(医療機関)へ差し上げております。ご担当者名をご記入ください。

ふりがな	生年 月日	明・大・昭・平・令		
患者様氏名		男	年	月
	女	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 ・ 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)	

(お願い)

- 事前にカルテ作成の準備をさせていただきたいと思いますので、お手数ですが、患者様の氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・保険証記号番号(主保険・従保険)を記入してFAXしてください。
- FAX受領後予約日時を電話にて折り返します。患者様へお伝えください。
受診当日、「小倉記念病院診察申込書・医療連携室利用票(患者様控)」、(以下利用票)
「健康保険証・各種医療証」「診療情報提供書(紹介状)」「お薬手帳」「当院診察券をお持ちの方は診察券」をご持参いただき、「利用票」を2階新患受付設置の「黄色の箱」に入れていただくようお願いいたします。

小倉記念病院 代表 093-511-2000
 医療連携課 専用FAX 0120-020-027

お願い

月曜日～金曜日 17:00以降の受診や休診日の救急受診については、この申込書のご利用はできませんのでご注意ください。