

# 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	<input type="checkbox"/> 特に希望なし	TEL				
<input type="checkbox"/> 外来担当医師	<input type="checkbox"/> 最短日を希望	FAX				
<input type="checkbox"/> 先生	都合の悪い日( )	医師名				

ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
患者様氏名 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 歳
旧姓		
患者様住所	自宅番号	携帯番号
	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	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他( )	
小倉記念病院での受診歴 (他科、健康診断含め)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
貴院での入院状況 (受診希望日現在)			<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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ださい。

貴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。

・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。

・予約票が手元にない方は、受付窓口で「連携室予約」をお申し出いただき、紹介状をご提示ください。