

小倉記念病院 診察申込書(予約票)

申込日 令和 年 月 日

受診科	科	先生
受診希望日	有 ・ 無 ・ 最短日	
令和	年	月 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 ・ 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)

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。