

# 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。

帰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。

診療情報提供書

小倉記念病院

令和 年 月 日

受診科

科

先生

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
患者住所		電話番号

症病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  2. 必要がある場合は画像データ、検査データを添付してください。

# 小倉記念病院 CT 検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

検査 希望日	第一 希望 年 月 日	第二 希望 年 月 日
-----------	----------------	----------------

※検査枠は火、水、木曜日のみとなります。

下記、必要事項にご記入をお願いいたします。

必要に応じて、複数部位の検査も対応いたします。

部位	<input type="checkbox"/> 単純	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 造影	<u>※造影 CT の場合、もれなくご記入ください</u> ・3カ月以内の腎機能データ eGFR( ) クレアチニン( ) ・腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。

※検査の結果は後日、画像CD-ROMと共に郵送させていただきます。