

外 来 セ ン タ ー 診 療 申 込 書

送信日 平成 年 月 日

社会医療法人近森会 **近森病院**
紹介予約センター

FAX 088-871-7404 (直通)

この用紙はホームページよりダウンロードできます
<http://www.chikamori.com/>

医療機関名

電話番号

FAX番号

診療科名

医師氏名

送信部署

送信者

受診希望診療科	科 ※ 指定医がいる場合はご記入下さい	診療希望日	第1希望 平成 年 月 日 (午前・午後)
			第2希望 平成 年 月 日 (午前・午後)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()	緊急度	希望日、依頼日から (1W・2W・3W・4W~)
持参資料	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> データ <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 要返却 <input type="checkbox"/> 返却不要	病名・症状	※ 必ずご記入をお願いします
当院受診歴	無・有 ()科)	診察券登録番号:	

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓	男 明・大 女 昭・平	年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 ()- - 呼出(様方) 又は 携帯 ()- -		
※ やむをえず予約の変更をお願いすることもありますので、患者さんの連絡先が異なる場合は下記にご記入下さい。 電話番号 ()- - (氏名:)			

保険情報

※保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信して頂く場合ご記入は不要です。

被保険者証	
保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	
本人 / 家族	本人・家族
主保険負担割合	0割・1割・2割・3割
資格取得	年 月 日
有効期限	年 月 日

公費負担医療受給者証	
負担者番号	
受給者番号	
認定日	年 月 日
有効期限	年 月 日

診療情報提供書は出来上がり次第、FAXでお送りいただければ結構です。

- ・ 予約受付手続き後、「診察予約票」をFAXにて返信いたします。
- ・ 返信後、担当者にご連絡させていただきますので、部署・送信者を必ずご記入下さい。
- ・ 希望に添うように調整をいたしますが、予約状況によりご希望に添えない場合がございます。その際にはお電話でご連絡をさせていただきます。

紹介予約センター 受付時間 : 平日 9:00 ~ 17:00

受診希望日 前日の場合は 15:30 まで