

外来センター診療申込書

送信日 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	診療希望日	第1希望	年	月	日 (午前・午後)
	※ 指定医がいる場合はご記入下さい		第2希望	年	月	日 (午前・午後)
	医師	緊急度	希望日、依頼日から (1W・2W・3W・4W~)			
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()	病名・症状	※ 必ずご記入をお願いします			
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					
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 女	明・大・昭 平・令	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