

紹介患者様予約申込書

門司掖済会病院医療連携室 宛

直通FAX番号 093-321-1032

直通TEL番号 093-321-1031

代表TEL番号 093-321-0984

申込日 年 月 日

紹介元医療機関

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

希望受診科	<input type="checkbox"/> 内科() <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 胃腸内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科							
受診希望日	年	月	日	希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 先生			
連絡事項								
ご紹介内容をお知らせください								
<input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 即日入院 <input type="checkbox"/> PSG 検査依頼 (<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨密度(DEXA) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> エコー) その他 ()								

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
患者様氏名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳
患者様住所		電話番号	自宅 携帯
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	公費負担者番号	
一部負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	受給者番号	

● 事前にカルテをご準備させていただきますので、お手数ですが上記ご記入のうえ診療情報提供書とともにFAXをお願い致します。

● 紹介検査依頼について

- 胃カメラのご予約は直接胃腸内科外来(内線1151)へご依頼ください。
- CT・MRI・MRAのご予約は直接放射線科(内線1281)へご依頼ください。
(予約申込書・診療情報提供書を事前にFAXをお願い致します)
- 骨密度のご予約は医療連携室へご依頼ください。
(※予約申込書のみFAXお願い致します、診療情報提供書は必要ありません)

● 患者さまご来院時に、「紹介状」・「健康保険証」・「各種医療症(お持ちの方のみ)」
「お薬手帳」・「その他検査資料(お持ちの方)」を必ずお持ちください。

※申し込み後、受診希望日の変更が生じた際は、医療連携室へご連絡ください。

医療連携室 受付時間	平日	8:30~17:00
	土曜日	8:30~12:30

平成29年5月作成