

# 紹介患者予約申込書

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

## 【患者情報】

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
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				

希望受診科	<input type="checkbox"/> 内科( ) <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <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"/> 放射線科 <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			
予約済・未	<input type="checkbox"/> 患者様より予約電話あり <input type="checkbox"/> 予約日時を紹介元に連絡 <input type="checkbox"/> 予約日時を患者様に連絡					
※耳鼻咽喉科につきましては、患者様から平日14時～16時に耳鼻咽喉科外来にお電話お願いします(代表:093-321-0984)						
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"/> 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 ) その他( )						

● 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。

● 来院の際は、「紹介状」・「健康保険証」・「各種医療症(お持ちの方のみ)」・「診察券(お持ちの方のみ)」・「お薬手帳」、感染対策にてマスク着用をお願い致します。

医療連携室 受付時間 月～金曜日 8:30～17:00

令和7年7月作成