

外来診療予約依頼 (FAX 0893-25-0545)


年 月 日

喜多医師会病院

医療機関名
住 所

電話番号
FAX 番号

医師氏名

診 療 科	<input type="checkbox"/> 一般内 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 消化器・肝臓 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器(火・木) <input type="checkbox"/> ペインクリニック(月) <input type="checkbox"/> 脳外(水) <input type="checkbox"/> 小児外科(月※奇数週) <input type="checkbox"/> 心外(水PM) <input type="checkbox"/> 感染(金) <input type="checkbox"/> 禁煙(木PM)	紹 介 状 病 名 依 頼 内 容 希 望 検 査	<input type="checkbox"/> 紹介状を添付 <input type="checkbox"/> 受診前日までに FAX  (紹介状が後日になる場合は、病名・依頼内容等を下記にご記入ください)
検 査	<input type="checkbox"/> MRI【造影 有・無】 <input type="checkbox"/> CT【造影 有・無】 <input type="checkbox"/> 医療放射線被ばくに関する説明と同意 (CT・RI 検査時は説明と同意が必要) <input type="checkbox"/> 一週間ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他検査		
希望医師名	先生 御侍史		
緊 急 性	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
第一希望日	年 月 日		
第二希望日	年 月 日		
第三希望日	年 月 日		

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住 所	〒
患者氏名				
生年月日	年 月 日 歳	電話番号		

被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/>	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割
保険者番号		有効期限	年 月 日
記号・番号		資格取得日	年 月 日
公費負担番号		公費負担番号	
受給者番号		受給者番号	

保険情報はカルテの写しまたは医事 PC 画面の印刷等でも可

- ➔ 心エコー、ホルター、頸動脈エコー依頼時は、あわせて循環器内科の診察予約が必要となります。
- ➔ CF 検査のみの予約はできません。消化器内科医師の診察予約をいただきますようお願いいたします。

- ※ 予約日が決定しましたら診療予約票を返信いたします。
- ※ 従来どおり電話による診療依頼や検査予約もご利用いただけます。
- ※ 入院の依頼につきましては各診療科医師あてに直接お電話ください。

FAX 受付時間：平日 午前 8 時 30 分から午後 4 時 30 分

上記時間以降にいただいた FAX につきましては翌日または休み明けの返信とさせていただきます

[お問い合わせ先] 喜多医師会病院 予約係 TEL0893-25-0544 FAX 0893-25-0545