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　　電話番号
住　　所　　FAX 番号

医師氏名

診療科	□一般内科　□循環器　□消化器 □血液　□呼吸器 □外科　□乳腺外科　□脳外 □心外　□ペイン　□小児外科	紹介状	□紹介状を添付 □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	□MRI【造影　有・無】 □CT【造影　有・無】 □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） □一週間ホルター心電図 □その他検査	病名 依頼内容 希望検査	
希望医師名	先生　御侍史		
緊急性	□あり　・　□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		□男 □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	□本人　・　□ （　　）								負担割合	□1 割　・　□2 割　・　□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