

☆FAX予約票 FAX番号0883-22-0703 (TEL0883-24-2161)

【紹介元】

診療科・医師名	
医療機関名	
所在地	
TEL	FAX
フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	TEL
(いずれかに○をおつけ下さい) 外来診療 ・ 入院診療	
受診(入院)希望日 令和 年 月 日	
紹介目的	
受診希望科(医師名) (医師の指定がある場合にはご記載願います。)	
傷病名・症状経過及び治療経過(簡単で結構ですし、紹介状をFAX送信して下さっても結構です。)	
今回の受診は・・・交通事故・労災・どちらでもない	現在、他院に・・・入院中・入院中でない
ADL : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助() <input type="checkbox"/> 全介助()	
認知症 : <input type="checkbox"/> 有り {徘徊・()} <input type="checkbox"/> 無し	
感染症 : <input type="checkbox"/> 有り {MRSA・()} <input type="checkbox"/> 無し	
来院の方法 : <input type="checkbox"/> 救急車(消防署・病院) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()	
受診時の要望事項 : <input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
来院時持参 : <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他	
お手数ですがご記入下さい。	
公費負担者番号	保険者番号
公費負担医療の 受給者番号	記号・番号
老人・高齢者負担割合 1割・2割・3割	有効期限 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 交通事故	被保険者氏名
	資格所得 S・H・R 年 月 日

※FAXは、受診前日(土・日・祝日を除く)平日(午前9:00~午後3:30)までに送信して下さい。

※外来予約時間は午前9時より11時までとなります。

※予約完了後は「外来診療・入院診療受付のお知らせ」をFAX送信させていただきます。