

FAX 送信先 : 06-6312-8620 [北野病院 地域医療サービスセンター]

ファクシミリ診察予約依頼書

記載日 : 平成 年 月 日

■紹介元医療機関

| | | |
|-------|-------|---|
| 名称 : | 医師名 : | 印 |
| 所在地 : | | |
| 電話 : | FAX : | |

■紹介先

| | | |
|-------|-------|----|
| 受診科 : | 医師名 : | 先生 |
|-------|-------|----|

■患者情報

| |
|--|
| 希望受診日 : [第1希望] 月 日 () [第2希望] 月 日 () |
| 北野病院受診歴 : <input type="checkbox"/> 有 [患者番号 : - -] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 保険 : <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公費 自己負担割合 : <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 備考 : |

| | |
|--------|-------------------|
| フリガナ | 明・大・昭・平 |
| 患者氏名 | (男・女) 年 月 日生 (歳) |
| 住所 〒 - | 電話 - - |

| |
|--|
| 現 状 : <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 透析中 (施行曜日 :) |
| 来 院 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (※本人がおられない場合は保険証が使えませんので10割負担です) |
| 移動方法 : <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行 |

| |
|---|
| 依頼状況 : <input type="checkbox"/> 大至急 <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 転入院相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| 紹介目的 |

FAX 受付時間 : 月曜～金曜 8:45～19:00 土曜 (第2土曜、休診日を除く) 8:45～14:00

- ・FAX でお送りいただくのは事前にカルテを作成するためのものです。
- ・保険の種類など必要な事項は必ずご記入ください。
- ・受付時間後のFAXは、翌日のお返事となります。(FAXは24時間受信OK)

休 診 日 : 第2土曜日、年末年始 (12月29日～1月3日)、日曜、祝日

お問い合わせ・連絡先 北野病院 地域医療サービスセンター
TEL 06-6312-1221(代表)・06-6131-2955(直通) FAX 06-6312-8620

ご来院の際は、紹介状、保険証と一緒に予約通知書を
紹介患者様窓口へ提出してください。