

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 : 西暦

年 月 日

■紹介元医療機関

名 称 :	医師名 :	印
所在地 :		
電 話 :	F A X :	

■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 : ☐ 有〔患者番号 : - - 〕 ☐ 無 ☐ 不明					
保 険 : ☐ 国保 ☐ 協会 ☐ 共済 ☐ 組合 ☐ 後期高齢 ☐ 生保 ☐ 私費 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 公費					
自己負担割合 : ☐ 1 割 ☐ 2 割 ☐ 3 割					
備 考 :					

フリガナ	西暦
患者氏名	(男・女) 年 月 日生 (歳)
住所 〒 -	電話 - -

現 状 : ☐ 入院中 ☐ 外来通院中 ☐ 透析中 (施行曜日 :)
来 院 : ☐ 本人 ☐ 家族 (※本人がおられない場合は保険証が使えませんが 10 割負担です)
移動方法 : ☐ ストレッチャー ☐ 車いす ☐ 歩行

依頼状況 : ☐ 大至急 ☐ 至急 ☐ 診察 ☐ 検査 ☐ 転入院相談
紹介目的

FAX 受付時間 : 月曜～金曜 8:45～19:00 土曜 (第 2・4 土曜、休診日を除く) 8:45～14:45

- ・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・4 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
紹介患者様窓口に提出してください。