

五泉中央病院 地域連携室 行
FAX 0250-47-8763(直通)

TEL 0250-47-8762(直通)

診察・検査予約申込書

申し込み：令和 年 月 日

依頼元 (紹介元医療機関)	医療機関名			
	診療科・医師名		科	先生
	FAX		TEL	
予約申込内容(○で囲む)	診察	検査(CT)	その他()	
予約希望科・医師	科		医師	
紹介目的 (簡単に結構です)				
予約希望日 (○で囲む)	第1希望	月 日	第2希望	月 日
	2~3日以内		1~2週以内	いつでも可
	都合の悪い日・曜日()			

患者基礎情報

当院受診歴	有・無・不明	診察券番号	
フリガナ			
患者氏名	(旧姓)男・女		
生年月日	明 大 昭 平 令 : 年 月 日生 歳		
住所			
電話番号	自宅:	携帯:	
受診日の同行者 (変更時にご連絡ください)	<input type="checkbox"/> 本人のみ(海外渡航歴:なし・あり / 2週間以内の県外移動:なし・あり) <input type="checkbox"/> 同居家族(介護施設職員)の同行者あり <input type="checkbox"/> 別居家族の同行者あり(同行者の居住地:)		

●検査依頼の場合は、下記の記載もお願い致します。

検査部位	
造影剤の有無(○で囲む)	1. なし 2. あり

●保険情報(任意記入)

患者様の同意の上で下欄にご記入いただくか、保険証類をFAXください(来院時お待ち時間短縮のため)

主保険	保険者番号									<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	記号		番号							負担割合: <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費①	負担者								受給者	
公費②	負担者								受給者	

※緊急及び当日受診の場合は、担当医に直接ご連絡下さい。TEL0250-47-8150(代)

平日の午前8:30~午後5:00は、当日に予約確認票を返信いたします。

FAX受信は、24時間お受けしますが上記以外の時間は、後日の返信となります。

●診察予約 : 診療情報提供書(紹介状)を申込時にFAXして下さるようお願い致します。(送付できない場合はお知らせください)
原本は受診当日にお持ちください。

●CT検査予約: 画像診断も行う為、お手数をおかけいたしますが検査当日、「診断依頼書」をお持ち下さるようお願い致します。
※造影剤ありの場合は、診察予約と併せて申し込みいただくようお願い致します。