

診療予約申込書

初診 再診

受診日 平成 年 月 日

科宛

申込日 平成 年 月 日

() 医師

依頼医療機関
(担当医師 先生)
TEL・FAX

フリガナ		保険	保険番号		本人・家族
患者氏名	男 旧姓() 女		記号番号		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	公費	公費番号		
			受給者番号		
住所	TEL () -				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 情報の提供 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(上部・下部) <input type="checkbox"/> その他()				

《医療機関へのお願い》

- ① カルテを事前に準備致しますので、お手数ですが患者氏名(旧姓)・生年月日・性別・住所・電話番号等の記入をお願いします。
- ② この診療予約申込書(様式3)と診療情報提供書(様式1)は、当日患者さんに持たせてください。
- ③ 患者さん確認のため健康保険証を御持参されますようお願いいたします。

《連絡先》24時間受付対応

昼間(8:15~17:00)

FAX 0942-42-1856(地域医療支援室)

TEL 0942-53-7511(代表)

夜間(17:00~8:15)

FAX 0942-53-8117(医事課)

該当する項目に☑をつけてください。

レントゲンの持参(有・ 無)

保険診療

自賠 保険会社名:

TEL:

労災

在宅時医学総合管理料算定している患者

在宅時医学総合管理料算定している患者で、緊急入院先を筑後市立病院にしている

後期高齢者診療料算定している。