

診 察 ・ 検 査 予 約 票 (FAX用)

| | | | | |
|------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| 主保険 | 保 険 者 番 号 | 記 号 ・ 番 号 | | 1. 本人 2. 家族 |
| | 負 担 者 番 号 | 受 給 者 番 号 | 種 別 | |
| 併用保険 | 負 担 者 番 号 | 受 給 者 番 号 | 種 別 | |
| | | | 老 乳 ・ () | |
| 併用保険 | 負 担 者 番 号 | 受 給 者 番 号 | 種 別 | |
| | | | 老 乳 ・ () | |

<紹介元>

平成 年 月 日

HI播磨病院

〒

所在地

科

医療機関名

診療科

医師宛

医師氏名

TEL

FAX

| | | | | | | | |
|-------|----|---|---|---|-------|---|----|
| 受診希望日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 | 分頃 |
|-------|----|---|---|---|-------|---|----|

| | | | | |
|--------|------|---------------------|---------|------------------------|
| 患 者 | フリガナ | | 当院への受診歴 | 有 ・ 無 ・ 不詳 |
| | 氏 名 | 男 女 | 生 年 月 日 | 明・大 年 月 日 昭・平 (歳) |
| | 住 所 | 電話 : 自宅 - - 連絡先 - - | | |

依頼目的 (簡単で結構です)

| | |
|---------|---|
| 依 頼 項 目 | 診 察 入 院 リハビリ (機能回復) 栄養指導 薬剤指導 |
| | 検 査 { 上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡 腹部エコー 心エコー C T M R I } |
| | その他 () |

本書をご利用頂くことで、カルテ等の準備が整えられますので患者様の待ち時間の短縮が可能になります。
外来診療予定表は、当院ホムペ - シ等をご参考ください。(http://www.harima-hp.jp)

HI播磨病院
地域医療連携室

〒678-0031 相生市旭3丁目5番15号
TEL: 0791-22-0551
FAX: 0791-23-7868

