

# FAX診察・検査予約依頼書兼診療情報提供書

※保険情報はご記入頂くか保険証をFAXして下さい。

保険者番号				公費負担者番号			
記号	番号		公費受給者番号				
本人	家族	老人負担助成		有・無	1割・2割		

紹介先医療機関

紹介元医療機関の所在地・名称・電話・FAX

科		先生						
希望受診・検査日	第一希望	月	日					:
	第二希望	月	日					:
	第三希望	月	日					:
おんが・おかがき病院受診歴		有・無						
フリガナ	男	生年月日	M T S H	年	月	日	( ) 歳	
患者氏名	女	TEL	-	-				

受診内容

- ( ) エコー  脳波  24H EKG  
 ( ) CT  ( ) MRI  血管造影  
 DIC  DIP 内視鏡検査  上部  下部 造影剤: あり or なし  
 その他 ( ) CD-R or フィルム 送迎 あり or なし

症状経過及び治療経過

手続き方法

- ① 申込書受信後、折り返し貴院へTELにて予約日時を決定します。
- ② 予約日時が確定後予約受付表を当院よりFAXさせていただきます。

FAX受付時間 月～金 8:30～17:00



- ※ FAXでお送り頂くのは事前にカルテを作成するためのものです。
- ※ 保険証の番号など必要な事項を記載して下さい。
- ※ 受付時間後のFAXは、翌日のお返事となります。(FAXは24時間受信できます)

お知らせ・診察の都合によってはお待たせすることがございますので、あらかじめご了承ください。  
 ・ご指定いただきました医師が休診の場合、別の医師が拝見させていただく場合がございます。

お問い合わせ先・連絡先

遠賀中間医師会おんが病院 地域医療連携室  
 直通電話 093-281-3850 直通FAX 093-282-0183

ご来院の際は、紹介状、保険証と一緒に予約受付表を受付に提出してください。