

# 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。