

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				医療費自己負担割合	1割・2割・3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

- | | | |
|---|---------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> () 科診察 | <input type="checkbox"/> () CT | 糖尿病内服:あり or なし |
| <input type="checkbox"/> () MRI | <input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 | 薬剤名() |
| 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 | | 造影剤: あり or なし |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

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ち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。