

診察・検査 予約申込書 (患者紹介用)

社会医療法人愛仁会 千船病院
地域医療科 行

紹介元医療機関名：

医師名：

㊦

紹介目的

診察 検査 入院

TEL：

FAX：

フリガナ		男	生年	西暦	年
患者氏名		・	月日	月	日 () 歳
住 所	〒				
	電話 () -				

被保険者証 ・ 後期高齢者医療証				公費医療受給者証			
保険者番号				負担番号			
記号・番号				受給番号			
資格取得日		年	月	日 取得	有効期限	年	月
						日～	年
							日迄
被保険者 との続柄	本人 ・ 家族			※健康保険証のコピーのFAXでもかまません。			
負担割合	1 割	・	2 割	・	3 割		

希望診療科		科	希望医師名	
第①希望日		年	月	日 ()
第②希望日		年	月	日 ()
特記事項 (病名・主訴・病歴等)				

ご予約の手順

1. 地域医療科宛にこの用紙をFAX送信して下さい。(オープン検査希望の場合は「オープン検査指示票(様式3)」を添えて送信して下さい。)
2. 受診希望医師、希望日時を調整させていただきます。決定後、「診察検査予約票」をFAXにてお送り致します。
3. 患者様に「診察検査予約票」をお渡し下さい。

千船病院 地域医療部 地域医療科

<受付時間>

月～金曜 8:30～18:30

土曜 8:30～17:00

<TEL・FAX>

TEL 06-6473-9765 (直通) / 06-6471-9541 (代表)

FAX 06-6474-0161 (FAXは24時間受付しております)