

# 診療予約FAX用紙 倉敷市立市民病院

倉敷市立市民病院

年 月 日

科

医療機関名

先生

所在地:

TEL:

FAX:

(上記FAXに予約票を送付いたします)

**予約FAX**

**086-472-8134**

医師氏名

担当者

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	T・S H・R	年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒				
電話	①( ) -	【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 家族(続柄)】			
	②( ) -	【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 家族(続柄)】			

傷病名	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 【
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 検査依頼 <input type="checkbox"/> 継続外来診察依頼 <input type="checkbox"/> 【

診察希望日	第1希望: 年 月 日	当院受診歴
	第2希望: 年 月 日	
医師希望	<input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 上記医師を指名 <input type="checkbox"/> その他【	

事前にカルテ等を作成いたしますので、保険証のコピーをFAXしていただくか、下記に保険情報をご記載ください。

●被保険者情報

保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	

●確認事項

- 現在、入院中である
- 現在、保険外診療中  
(交通事故 労災)

<注意事項>

・当該書式は**診療(外来受診)専用の申込書式**です。検査予約は、該当部署への電話予約となります。ご注意ください

【例:CT・MRI:放射線科 筋電図予約:整形外科外来 等】

・診療情報提供書を**予約時にFAXをお願いします。(送付が難しい場合は地域医療連携室へご相談ください。)**

**★緊急時や入院は代表電話(086-472-8111)で直接、担当医へお電話ください。**

予約対応 受付時間
平日 8:30~17:15
(17:15以降の送付は回答が翌日となります。)

お問い合わせ
倉敷市立市民病院 地域医療連携室
086-472-8111(代表)