様式 1.

診 察 ・検 査 予 約 票(FAX用)

主保険	保険者番号	記号 ・ 番号		1. 本人 2. 家族
		・		
併用保険①	負担者番号	受給者番号	種別	
			老・乳 ・( )	
併用保険②	負担者番号	受給者番号		
			老・乳 ・( )	

〈紹介元〉 年 月 日

〒

所在地

医療機関名

診療科

医師氏名

TEL

FAX

医療法人 IHI 播磨病院

科

医師宛

受診希望日	第1希望日	年 月 日	午前 ・ 午後	時	分
	第2希望日	年 月 日	午前 ・ 午後	時	分
	第3希望日	年 月 日	午前 ・ 午後	時	分
	☐ 希望日なし ご都合の悪い日( )				
患者	フリガナ		当院への受診歴	有 ・ 無 ・ 不詳	
	氏 名	男 女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日(歳)	
	住 所	電話:自宅 － － 連絡先 － －			

依頼目的(簡単で結構です)

依頼項目	☐ 診 察 ☐ 入 院 ☐ リハビリ(機能回復) ☐ 検 査 ☐ 上部消化管内視鏡 ☐ 下部消化管内視鏡 ☐ 腹部エコー ☐ 心エコー ☐ CT(部位)(単純・造影) ☐ MRI(部位)(単純・造影) CT・MRI 画像提供方法 ☐ CD ☐ フィルム ☐ 不要 ☐ その他( )

◇ 本書をご利用頂くことで、カルテ等の準備が整えられますので患者様の待ち時間の短縮が可能になります。

◇ 外来診療予定表は、当院ホームページ等をご参考ください。(http://www.harima-hp.jp)

医療法人 IHI 播磨病院
地域医療連携室
〒678-0031 相生市旭3丁目5番15号
TEL：0791-22-0551
FAX：0791-23-7868