

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
	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	
併用保険①	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	
	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	種 別	

平成 年 月 日

IHI 播 磨 病 院

〒

所在地

科

医療機関名

診療科

医師宛

医師氏名

TEL

FAX

受診希望日	第1希望日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
	第2希望日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
	第3希望日	平成	年	月	日	午前・午後	時	分
	<input type="checkbox"/> 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	明・大 年 月 日 昭・平 (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	<input type="checkbox"/> 診 察 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> リハビリ(機能回復) <input type="checkbox"/> 検 査 (<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> C T(部位) (単純・造影) <input type="checkbox"/> M R I(部位) (単純・造影) C T・M R I 画像提供方法 <input type="checkbox"/> C D <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 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)

IHI 播 磨 病 院 〒678-0031 相生市旭3丁目5番15号
 地域医療連携室 TEL: 0791-22-0551
 FAX: 0791-23-7868