

小郡第一総合病院 診療予約申込書（FAX専用）

FAX送信先	083-976-0203	受付時間	8：30～17：00	
紹介元医療機関情報				
医療機関名		TEL		
診療科・医師氏名	科	先生	FAX	
患者様情報				
フリガナ		性別	生年	年号
氏名			月日	年齢
				才
			年	月
				日
住所			TEL	
			FAX	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外（ ）			
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
診療該当保険	<input type="checkbox"/> 一般保険診療 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
受診予約				
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科				
ご希望の医師名			医師	<input type="checkbox"/> 希望なし
ご希望の受診日	月	日	（ ）	時頃
検査予約				
ご希望の検査日	月	日	（ ）	時
検査種類	<input type="checkbox"/> CT 部位（ ）		<input type="checkbox"/> MRI 部位（ ）	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
傷病名			※診療情報提供書を添付される場合ご記入は不要です。	
紹介目的・通信欄				

当日の受診予約は出来ません。

FAX受信後「患者様予約確定連絡票」を返送いたします。

ご不明な点がございましたら、地域医療福祉連携室へご連絡ください。



小郡第一総合病院
地域医療福祉連携室

TEL：083-976-0201

FAX：083-976-0203