

西条中央病院

受診予約申込書（FAX専用）0897-47-4761

地域医療連携室 行

医療機関名

電話番号 0897-56-0300(代表)
0897-47-3768(直通)

電話番号
FAX番号

医師氏名

《紹介内容》

受診診療科			希望医師名		
受診希望日	第一希望	月 日	曜日	時 頃	
	第二希望	月 日	曜日	時 頃	
紹介目的	☐ 受診				
病状・病名など 簡単にご記入 下さい	☐ 検査 内視鏡 (☐ 胃 ☐ 大腸)				
	画像診断 (部位:)				
	(☐ CT ☐ MRI)				
	(☐ 造影なし ☐ 造影あり → クレアチニン検査 ※6ヶ月以内 ☐ なし ☐ あり mg/dl)				

※診療情報提供書の添付もお願いします。

《患者情報》

ふりがな			性別	生年月日	
患者氏名			男 ・ 女	明・大・昭・平・令	
				年 月 日 歳	
現住所	〒 -			電話番号 - -	

《保険情報》

保険者番号			記号・番号		
被保険者との続柄	本人 ・ 家族		負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割	
公費負担者番号			受給者番号		
公費負担者番号			受給者番号		
交通事故 ・ 労災 ・ その他()					

予約の申込みを確認しましたら、受診日時を記載しました『診療予約票』をFAXで返信いたしますので、患者さまにお渡し下さい。

※時間外・休診日にFAXを送信されますと、翌診察日のお返事になります。ご了承下さい。

※緊急を要する紹介の場合は直接お電話でお問い合わせ下さい。

※個人情報保護法に基づき厳重に管理させていただきます。

《お問合せ先》

西条中央病院 地域医療連携室
電話 0897-47-3768(直通)
FAX 0897-47-4761

【受付時間】

平日 (8:30~17:15)
第2・4(水曜日・土曜日) (8:30~13:00)
第1・3・5土曜日は休診日です

※FAXを利用される時には番号のお間違いの無いようくれぐれもご注意ください