

セントヒル病院 診療予約申込書

地域医療連携室宛 FAX: 0836-54-0911

【受付時間】 8:30~16:30 (月~金) / 8:30~11:30 (土)

紹介元医療機関情報											
医療機関名					TEL						
					FAX						
診療科・医師氏名			科		先生		申込担当者名				
受診予約											
希望受診科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	希望受診日	<input type="checkbox"/> 本日希望
	総合内科	腎臓内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	泌尿器科	外科	整形外科	脳神経外科		その他
										② 月 日 ()	
										<input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望	
										<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 []	
ご希望の医師名		医師					<input type="checkbox"/> 医師に連絡済み				
患者様情報											
フリガナ			氏名		性別	生年月日	年 月 日			(才)	
住所		〒				電話番号	自宅	携帯			
現在の状況		<input type="checkbox"/> 外来通院中		<input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 施設入所中 ()					
当院受診歴		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 不明		入院の要否		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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					
付添者		<input type="checkbox"/> あり ()				<input type="checkbox"/> なし					
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			
保険情報					公費負担受給者						
保険者番号					負担者番号						
記号・番号					受給者番号						
負担		<input type="checkbox"/> 1割		<input type="checkbox"/> 2割		<input type="checkbox"/> 3割		有効期限			
本人・家族		<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 家族		その他					
被保険者氏名											
有効期限											

本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。
 予約日時が確定後「診察予約票」をFAXでお送りいたします。
 保険情報は、カルテ表紙の写しや医事画面の印刷等でも構いません。
 なお、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡ください。

医療法人聖比留会 セントヒル病院
 山口県宇部市今村北3丁目7番18号
 地域医療連携室
 TEL: 0836-39-7496

