

炎症性腸疾患外来予約申込書【FAX：086-485-3515】

医療法人 天馬会
 チクバ外科・胃腸科・肛門科病院
 地域医療連携室 宛

貴院医療機関名
 診療科
 住所・電話
 医師氏名

予約可能日：月・水 (PM) 火・金 (AM)

希望日①	年 月 日 ()
希望日②	年 月 日 ()

※希望箇所を○で囲んで下さい。

受診形態	<input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 入院	
指名医	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり：希望医師名：垂水 研一		
フリガナ				
患者氏名	生年月日	T S H R	年 月 日	
患者住所	〒 -		電話番号	
保険情報	被保険証		公費負担医療受給者票	
	保険者番号	負担者番号		
※ 保険証コ ピー添付 でも可能 です。	記号・番号	受給者番号		
	有効期限	有効期限		
	被保険者氏名	負担率		
	被保険との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族		
	負担率	<input type="checkbox"/> 3割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 1割		
	【確認事項】 <input type="checkbox"/> 現在 入院中 <input type="checkbox"/> 現在 福祉施設利用中 <input type="checkbox"/> 保険外診療中 (<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災)	※保険証コピーをFAXして頂くか、 上記に保険情報を記載下さい。		
服用中の くすり	<input type="checkbox"/> あり：服用中のお薬がある場合は処方箋を一緒にお送りください。			<input type="checkbox"/> なし
主な症状	主な病状 () 既往歴 (高血圧、糖尿病、心疾患 他：) 診療情報提供書添付対応可)			

※お願い

- ◆紹介状は患者さんにお渡し頂き、当日持参して頂きますようお願い致します。
予約時間の10分前を目途にご来院されますようお願い致します。
- ◆FAXにて【炎症性腸疾患外来予約申込書+診療情報提供書+処方箋 等】にてお申込み下さい。
当院より折り返し【紹介予約票】を返信致しますので患者さんへご説明後お渡し下さい。
- 緊急時は代表番号 (086-485-1755) へお掛け頂き直接担当医へお電話下さい。



〒710-0142 倉敷林2217 チクバ外科・胃腸科・肛門科病院 地域医療連携室
 TEL：086-485-1755 (代表)
 FAX：086-485-3515 (連携室直通)

受付時間 8：15～11：30 12：30～17：00 木・日・祝は休診