

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 記号・番号		負担者番号 受給者番号	
※ 保険証コ ピー添付 でも可能 です。	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	※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。	
	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）			
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【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
TEL：086-485-1755（代表）
FAX：086-485-3515
地域医療連携室 退院支援看護師 原 医療ソーシャルワーカー 井上
受付時間～午前8：30～11：30 午後13：00～5：00 木・日・祝は休診