

紹介患者さま予約連絡票

独立行政法人 地域医療機能推進機構
(JCHO) 九州病院

申込日 年 月 日

受診希望日 年 月 日()

受診科 科

担当医名

連携室へ連絡済 担当医(科)へ連絡済

ご紹介医療機関

医療機関名

医師名

所在地

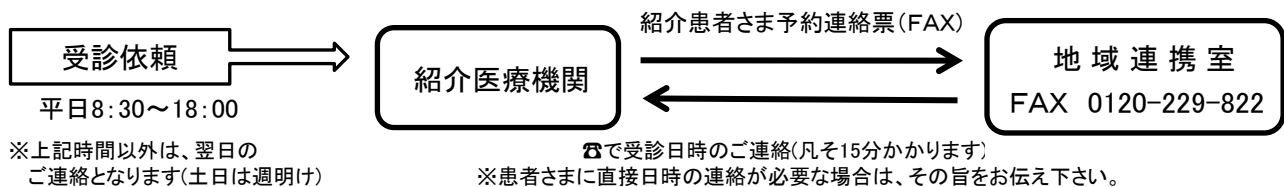
TEL

FAX

フリガナ		生	大・昭・平・令
お名前	男・女	年	年 月 日(才)
住所	電話 () -		
受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
傷病名 紹介目的	※ 予約時に検査申込み等を行いますので、ご記入頂ければ助かります。 診療情報提供書を記入済みの場合は、一緒にFAXをお願い致します。		
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行 【患者さま、ご家族さまへ】 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※車イスは正面玄関に準備しておりますが、介助が必要な場合は”総合案内”へお声をお掛け下さい。 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ※ストレッチャーをご利用の場合は、”総合案内”へお声をお掛け下さい。		

☆この用紙が当日の予約券の代わりになります。

裏面に当日のご案内を記載しておりますので、患者さま 又は ご家族にお渡し下さい。



※ 画像検査の予約は … 画像診断センター (☎ 093-641-9248 ・ FAX 093-644-3510)

※ 再診(同科の同医師に3ヵ月以内に受診歴がある患者さま)の予約は … 各科外来で受付

(☎ 093-641-5111(代表) ⇒ 各科外来へ)

※ 一部検査につきましては、受診当日に行えない検査もございます。ご了承下さい。

※ この連絡票で、急患やセカンドオピニオンの予約受付は出来ません。

お申し込み後、受診希望日等の変更が生じた際は、当室へご連絡下さい。

地域連携室 (☎ 0120-489-788 ・ FAX 0120-229-822)