

市立加西病院（SAS 外来用）様式

地域医療室直通 F A X
0 7 9 0 - 4 2 - 5 3 6 5

FAX 予約 兼 診療情報提供書用（送信および返信用）

①ファクシミリ用

主 保 険	保 険 者 番 号				記 号 ・ 番 号				1.本人
									2.家族
併用保険 ①	負 担 者 番 号				受 給 者 番 号				種 別
									老・乳（ ）
併用保険 ②	負 担 者 番 号				受 給 者 番 号				種 別
									老・乳（ ）

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

市立加西病院

紹介元医療機関

科

先生

名称・所在地

侍史

医師名

受診希望日	令和 年 月 日 午前午後 時頃	TEL. (- -)
		FAX. (- -)

患 者	フリガナ		貴院への 受診歴	1.有 2.無 3.不詳
	氏 名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）
概 要	住 所	自宅（ ） - 連絡先（ ） -		
	<input type="checkbox"/> SAS 外来（簡易ポリグラフィ検査セット）： <input type="checkbox"/> SAS 外来（診察予約のみ）：簡易ポリグラフィ実施済 別紙 診療情報提供書（有・無） 患者さんに切り取ってお渡し下さい。			

----- 切り取り -----
来院の際に必ず持参下さい。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名
担当者

次のとおり予約を受けました。

氏 名 生年月日等	(大 昭 平 年 月 日生 男・女) (ID No.)
診 療 科	科 医師名
検 査 日	年 月 日（ 曜日） 時 分
診察予約日	令和 年 月 日（ 曜日） 時 分 ※診察の関係で前後することがありますが、ご了承願います。

- (注) ・ご来院の際に必ず予約票、健康保険証、医療受給者証等をご持参下さい。
 ・ご来院にあたっては、別紙注意事項を良く読んで下さい。