

紹介予約申込書 (FAX用)

年 月 日

倉敷中央病院

科

先生 (医師への連絡済み)

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師氏名

倉敷中央病院のカルテNo.	※診察券をお持ちであればご記入願います。	
フリガナ	男	生 年 月 日
患者氏名		西暦 / 明・大・昭・平・令
※旧姓 ()	女	年 月 日 (歳)
住 所 〒		
電話番号	携帯番号	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> ストレッチャー必要	

診療情報提供書は作成でき次第FAXでお送りください。(原本は当日お持ちください)

<受診希望内容> ※必ずご記入ください

※該当項目にチェックをお願いします

第1希望: 月 日 ()	➔	<input type="checkbox"/> 日付を優先 (他の医師でも可)
第2希望: 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 医師指定を優先
第3希望: 月 日 ()		<input type="checkbox"/> 画像 (CD-R・DVD-R) あり
いつでも可		

緊急時・即日入院必要時等の場合は前もって当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします。

《主訴又は傷病名》 ※診療情報提供書を同時にお送りいただけない場合は、必ずご記入ください。

[お願い]

- 検査依頼につきましては、直接各検査科にお申し込みください。
- 入院患者の転院目的等の紹介の場合は、先ず当該科医師にご連絡ください。
連絡先：倉敷中央病院 (代表) TEL 086-422-0210
- 時間外、休日で救急受診の場合は、救命救急センターで対応します。
連絡先：倉敷中央病院 (救命救急センター) TEL : 086-422-8099 FAX : 086-427-0333

《連絡先》 倉敷中央病院 地域医療センター
TEL : 086-422-5024 (直通) FAX : 0120-666-339

《受付》 平日 午前8時30分～午後6時30分 土曜日 午前8時30分～午後1時

《休診日》 日曜・祝日 (除外日があります。詳細はホームページをご覧ください)

年末年始 (12/30～1/3)

紹介予約申込書③