

# 豊栄病院 外来診察・検査予約申込書(FAX)

FAX 025-386-2784

(本票を含む 枚)

平成 年 月 日

JA新潟厚生連 豊栄病院 地域医療連携室 行き

(ご依頼施設名)

TEL

(ご依頼医師名)

科

FAX

(このFAX宛先へ予約票をお送りします。)

◎緊急・救急の場合は、TELにて各外来にご連絡ください。(この予約申込は緊急・救急には対応していません。)

○特別な場合を除き、概ね15分以内に返信いたします。(時間のかかる場合はTELにてご連絡いたします。)

○診療情報提供書を一緒にFAXして頂ければ、事前に担当医師に報告いたします。

○外来診察予約申込と検査予約申込に○印をして、内容のご記入をお願いいたします。

外来診察予約申込	検査予約申込・栄養指導予約申込
希望科名 内科 (呼吸器、消化器、腎・透析、糖尿病、循環器、内分泌、その他、睡眠時無呼吸症候群、禁煙外来) 外科・眼科・整形外科・泌尿器科 皮膚科・歯科	1. 上部消化管内視鏡 外来受診予約を行います。検査日時は受診後に決定となります。 2. 下部消化管内視鏡 外来受診予約を行います。検査日時は受診後に決定となります。 3. CT撮影部位( ) 造影剤使用(有・無) 4. MRI MRI検査申込書を一緒にFAXお願いします。 (造影剤使用の場合は「造影剤検査問診票・同意書」もFAXをお願いします。) 5. 栄養指導 外来受診予約を行います。検査日時は受診後に決定となります。
希望医師名(未記入でも可)	
入院希望(希望の有無が明らかな場合ご記入ください。) 有・無	

患者様の情報	当院の受診歴(有・無)	患者番号( )
フリガナ 氏名 (男・女)	保険証情報 (保険証のコピーなど一緒にFAXして頂ければ記入不要です。)	
生年月日:M・T・S・H 年 月 日	被保険者との続柄	本人・家族
住所	公費負担者番号	
	上記受給者番号	
	公費負担者番号	
電話番号: ( )	上記受給者番号	

連絡事項 ※ご依頼内容(症状など)や予約日時のご希望などもこちらにご記入ください。 <内視鏡検査依頼時の連絡事項>

HBs抗原( )  
HCV抗体( )  
梅毒RPR( )  
抗凝固剤服用(有・無)  
ブスコパン使用(可・不可)  
グルカゴン使用(可・不可)

\*ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

JA新潟厚生連 豊栄病院 地域医療連携室

TEL: 025-386-2801(地域医療連携室直通)

予約受付時間

TEL: 025-386-2311(豊栄病院代表)

平日(病院休診日を除く) A.M.8:30~P.M.4:30

FAX: 025-386-2784