

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)

FAX

(このFAX宛先へ予約票をお送りします。)

科

◎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・救急には対応しておりません。)

○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、循環器、 糖尿病、内分泌、その他) 小児科・外科・産婦人科・眼科 整形外科・皮膚科・泌尿器科・歯科	1. 上部消化管内視鏡 検査における注意事項をあらかじめお知らせいたします。
希望医師名(未記入でも可)	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。
入院希望(希望の有無が明らかな場合ご記入ください。)	3. CT撮影部位() 造影剤使用(有・無)
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。

患者様の情報	当院の受信歴(有・無)	患者番号()
フリガナ	保険証情報	
氏名	(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。)	
(男・女)	保険者番号	
	記号・番号	
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)

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