

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)

令和 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、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。)	
	保険者番号	
	記号・番号	
生年月日:T・S・H・R 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