

## 【外来診療予約・放射線科検査予約】について

予約受付時間 平日8時30分～17時00分

### 外来診療の予約

#### 紹介元医療機関

事前予約受付用FAX用紙

ご記入後FAX送信

(ご希望の診療科・医師名・受診希望日等記載)

地域連携室直通

FAX (0859) 48-0376

### 放射線科(MRI/CT)の予約

#### 紹介元医療機関

放射線部に直接電話

TEL (0859) 48-0418

放射線部担当者が予約をお取りします。  
電話にて予約後、紹介患者予約受付用  
FAX用紙にてFAX送信をお願いいたします。

地域連携室直通

FAX (0859) 48-0376

### 地域連携室

予約手続きを行い、折り返し『予約票』をFAXにて送信いたします。(10～15分程度)

### 紹介元医療機関

患者さんへ『予約票』・『紹介状』を渡していただき、当日持参して頂くようにお伝えください。

※紹介患者さんの来院日が決まりましたら、先に診療情報提供  
書をFAXしていただきますようお願いいたします。

### 患者さん 〈診療・検査当日〉

総合受付(1Fロビー)に紹介状等を持参の上、お越しく下さい。各診療科への受付を行います。

※セカンドオピニオン外来の予約は、完全予約制となっていますので下記までご連絡をお願いいたします。

患者支援部 地域連携室：TEL (0859) 48-0377

ご不明な点がございましたら、患者支援部 地域連携室までお問い合わせください。



FAX (0859)48-0376

## 博愛病院 紹介患者予約受付用FAX用紙

年 月 日

紹介目的	診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
		<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科
		<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科		
	<input type="checkbox"/> その他記載 ( )					
	指定医師	無 ・ 有	医師名			
	主訴(病名等)					
受診希望日	第1希望日	年	月	日	担当医師への事前連絡	有
	第2希望日	年	月	日		医師名 ( )
	第3希望日	年	月	日		無

※緊急時や当日の場合、電話で事前の来院連絡をいただいている患者様は、下記のみご記入ください。  
事前にカルテをご用意します。(保険情報は保険証もしくはカルテのコピーをFAXしていただいてもかまいません。)

フリガナ	M・T・S・H・R			性別	
氏名	様	年	月	日 ( 歳)	男 ・ 女
住所	〒 — TEL ( ) —			当院受診歴	
	有 ・ 無				

保険情報 本人 家族

保険者番号	資格取得	年	月	日	
記号・番号	有効期限	年	月	日	
被保険者 (世帯主)					
後期	広域連合番号	資格取得	年	月	日
	被保険者番号	有効期限	年	月	日
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 3割			
公費	負担者番号	資格取得	年	月	日
	受給者番号	有効期限	年	月	日

その他記載事項

病院・診療所名  
施設名  
医師氏名

TEL  
FAX

地域連携室受付時間	本書送信先
平日 8:30~17:00 休診日 土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)	博愛病院 患者支援部 地域連携室 TEL (0859)48-0377 FAX (0859)48-0376

※折り返し、「予約票」をFAX致します。患者様にお渡しくださいますようお願い致します。  
※時間外・夜間・休日の電話・FAXは代表番号へ切り替わります。予約手続きは翌平日となりますので、ご了承ください。  
※当日紹介については、FAX予約は致しかねますご了承ください。