

診 察 申 込 書 (ファックス専用)

フリガナ 患者様氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (才)	性別	男・女
ご住所	〒 ー	TEL [自宅] () 緊急連絡先 () FAX ()			

・保険証(各種医療券)から転記願います。なお、ご記入の仕方等でご不明な点は直接初診受付窓口の担当者まで又はお電話にてお問い合わせ願います。

主 保 険	保険者番号			被保険者との続柄	本人・家族
	記号・番号	記号	番号	資格取得日	
公 費	公費負担者番号			公費負担医療の 受給者番号	
	資格取得日			有効期限	
	後期高齢者・高齢 受給者証の割合	1割・2割・3割		右記該当の場合→	交通事故・勤務中・通勤中

※記載例は別紙をご覧ください。

慈恵医大第三病院 受診の有無	有 ・ 無	患者番号 (過去に受診歴が有る場合)	ー ー
紹介状の有無	有 ・ 無		

受診希望日	平成 年 月 日
-------	----------

・カルテ作成希望の科名に○をおつけください。

内 科									10	11	14	17	
59 総診	51 消化器	52 神経	53 腎臓 高血圧	54 膠原病 リウマチ	57 循環器	55 内分泌	56 糖尿病	58 腫瘍 血液	呼吸器	精神神経科	小児科	外科	整形外科
18 脳神経外科	19 形成外科	20 皮膚科	22 産婦人科	21 泌尿器科	24 眼科	25 耳鼻咽喉科	33 リハビリ科	39 歯科 (歯科口腔外科)	32 麻酔部	30 放射線部	37 内視鏡部		

初診受付クイックサービスについて

本運用は初診受付における受診当日の患者様の待ち時間を短縮するために、ファックスにてご連絡いただいた情報をもとに、事前にカルテ作成等の手続きをさせていただくサービスです。

【ファックス受付時間】

受診希望日前日(日曜祝日を除く)までの午前9時から午後3時

【お手続き方法】

1. 上記の診察申込書必要項目(点線より上の部分)の記載をお願い致します。
2. 受診希望日前日(日曜祝日を除く)までの午前9時から午後3時に、1の診察申込書を下記の番号までファックスしていただきます。
3. ファックス受付当日の午後5時までに、初診受付より申し込みが完了した旨のお返事(回答書)をファックスにてお送り致します。(日曜祝日の場合は休日明けにお送り致します。)
4. 受診当日は上記3の回答書と保険証及び各種医療券を①番初診受付窓口にご提出願います。
(※診療受付時間は午前8時から午前11時30分です)
5. 上記窓口にて事前に作成したカルテをお渡しいたします。

※ 本運用は前日までにカルテ作成等の手続きで行うことにより、当日の初診手続きの待ち時間を短縮させるものです。また、各外来の診察予約を行うものではありませんのでご注意ください。

※ 受診日の変更及びキャンセルが発生した際は、速やかに下記番号までご連絡願います。

業務課 初診受付 電話番号 03-3480-1151 (内線3801)

FAX番号 03-3480-1457