

あさぎり病院

外来診察 予約依頼票

FAX送信先:078-912-7574 地域連携室

お問い合わせは、地域連携室 直通電話078-912-7574までお願いいたします。

申込日: 年 月 日

受診希望科 に 「○」を記入	眼科		内科	産婦人科
	白内障	眼瞼	一般内科	産科
	多焦点レンズ	斜視、小児眼科	糖尿病科	一般婦人科
	黄斑	角膜	消化器内科	細胞診異常
	網膜硝子体	PRK (PTK) 依頼	膠原病・リウマチ内科	
	涙道	ぶどう膜炎		
	緑内障、神経眼科	その他		

希望医師 : 無
 有 (医師)

希望受診日 : 希望日なし
 第1希望 : 月 日
 第2希望 : 月 日
 第3希望 : 月 日

患者様の状況 : 外来待機中
 帰宅
 入院中 (退院後受診 入院中受診)

紹介元医療機関名:

医師名:

所在地:

TEL:

FAX:

《患者様データ》

フリガナ		男	生年月日・年齢
氏名	(旧姓)	女	年 月 日生 (歳)
当科への 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (診察券番号;) ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明		
連絡先		携帯	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 医師同士の事前相談 有: 医師)		
	↓ 診断名・紹介目的 ※必ずご記入ください!!		
	※事前の病状把握のため、できあがり次第、診療情報提供書のFAXをお願いいたします。		
患者様の 状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		

予約受付票

日付: _____

紹介元医療機関

先生御侍史

医療法人社団 吉徳会
あさぎり病院
〒673-0852 明石市朝霧台1120番地2
TEL: (078)912-7575
FAX: (078)913-6763

TEL: _____
FAX: _____

地域医療連携室
TEL: 078-912-7574
FAX: 078-912-7574

この度は、患者様をご紹介いただきまして、ありがとうございます。
下記の通り、本院での診療予約を受け付けましたので、お知らせいたします。
「予約受付票」、紹介状、および入院中の場合は通知書を患者様にお渡しください。

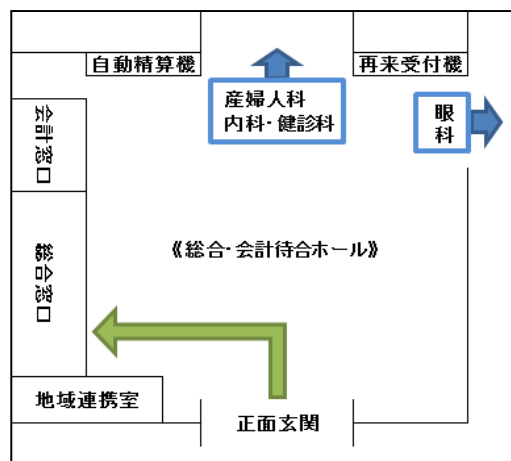
記

フリガナ		当院ID	
ご紹介患者氏名			
受診科			
予約日		予約時間	

注) 予約時間は、診療開始時間ではありませんので、ご了承ください。

患者様へ

- ・予約時間の15～30分前に「予約受付票」、
「診療申込書」、「問診票」、紹介状、
保険証、お薬手帳等をお持ちのうえ、総合
窓口にて受付をお願いいたします。
※事前に別紙の診療申込書と問診票の
記載をお願いいたします。
- ・当日の診察状況により診察に長時間要する
ことがあります。
- ・予約日時の変更、キャンセルをされる
場合は予約申込みをしていただいた
医療機関にご連絡ください。



来院時の注意事項

- 全科共通 (新型コロナウイルス感染対策)
 - ・ マスクの着用が必須となります
 - ・ 自宅で検温をお願いいたします
※37.5℃以上の発熱がありましたら、受診前に必ず当院までご連絡ください
 - ・ 各科にて体調確認を行ないますので、ご協力下さい
 - ・ 付添の方は、極力ご遠慮ください
- 眼科
診察の際に散瞳 (もしくは縮瞳) をすることがあります。4～5時間程度、焦点があわなくなったり、まぶしく感じたり (暗く感じたり) します
お車やバイク等の運転は危険ですので、お避け下さい
- 内科
 - 来院当日は食事を取らずに空腹の状態でお越し下さい
 - 食事制限の必要はありません
- 産婦人科
予約時間の30分前にお越し下さい

診 療 申 込 書 (太枠内を記入して下さい)

受 付

申込年月日	年 月 日	カルテNo.	
-------	-----------------	--------	--

これまでに当院を受診したことがありますか	はい ・ いいえ
----------------------	----------

受診希望科に○印	眼科	産婦人科	内科	健診科
----------	----	------	----	-----

外傷による受診の方はご記入ください	仕事中的おケガですか	はい ・ いいえ
	通勤中的おケガですか	はい ・ いいえ
	交通事故ですか	はい ・ いいえ

フリガナ				男性 女性
氏 名	(旧姓)			
生年月日 (西暦可)	大正 昭和	年 月 日生 (歳)	平成 令和	
現住所	〒 -			
電話番号	() -			
携帯番号	- -			

産婦人科受診かつ該当される方はご記入ください。

里帰り先	〒 -	() 様方
住 所		
電話番号	() -	

* 保険証をお持ちでない方は自費扱いとなります。

* ご記入後は、保険証・福祉や高齢者受給者証等を添えて総合受付へご提出ください。

* 紹介状は受付後、各診療科窓口にてご提出ください。

