

## 紹介患者事前診療予約のご案内

ご紹介いただく患者様の事前予約をお受けいたします。所定の用紙にご記入いただき、事前診療予約FAX用紙をファックスお願い致します。  
予約確認は速やかにファックスさせていただきます（15分以内）

### お申し込み方法

紹介元医療機関  
お申込用紙にご記入しFAX下さい



FAX (086) 252-3929

地域支援相談室 受付時間

平日 8時30分～17時

土曜日 8時30分～12時30分



ご予約をお受けいたします



15分以内に予約確認票をお送りします



患者様に確認票をお渡しく下さい

紹介患者事前診療予約  
FAX **086-252-3929**

地域医療支援病院 岡山中央病院

〒700-0017 岡山市北区伊島北町6-3

TEL 086-252-3221 (病院代表)

086-252-5002 (地域支援相談室 直通)

# 診療予約FAX用紙

予約Fax用紙

社会医療法人鴻仁会  
**岡山中央病院**



\_\_\_\_\_科  
 \_\_\_\_\_先生

〒700-0017 岡山市北区伊島北町6-3  
 地域支援相談室 直通  
 TEL (086) 252-5002  
 FAX (086) 252-3929

平成 年 月 日

紹介元  
 医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_ 殿 印

フリガナ 患者氏名	_____	生年月日 _____	M・T・S・H _____年 月 日 (才)
	男 ・ 女		

受診希望日	第1希望	月 日 ( )	午前・午後
	第2希望	月 日 ( )	午前・午後 当院受診歴 有・無

主訴または 傷病名	_____		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診察	<input type="checkbox"/> 入院治療	<input type="checkbox"/> その他 開放病床の希望 (有 ・ 無)

- 受付事務の方へ -

保険証・カルテ表紙をFAXの場合は下記はご記入不要です。

住所	〒 _____
電話番号	TEL ( ) _____

●被保険者証

保険者番号	_____
記号・番号	_____
有効期間	_____
被保険者氏名	_____
続柄	本人 ・ 家族

●高齢・後期高齢者医療受給者証

市町村番号	_____
受給者番号	_____
有効期間	_____
割数	_____

●公費負担医療受給者証

市町村番号	_____
受給者番号	_____
有効期間	_____