ファクシミリ用

検 査 ・ 入 院 予 約 申 込 書 （FAX 086－485－3515）

平成　　年　　月　　日

医療法人天馬会
チクバ外科・胃腸科・肛門科病院
地域医療連携室宛

紹介医療機関の名称・所在地

※TEL・FAX 及び担当者を必ずご記入下さい。

予約内容

■ 検査予約　□GIF　□CF　□CT

■ 入院予約　□検査　□肛門手術

指名医　なし　・　あり（　　DR ）

予約日　　年　　月　　日（　　）

予約時間　午前　午後　　時　　分

CF 予約の場合、前処置の方法を教えてください

□ 当院の方法
□ 以外の方法（　　）

フリガナ 患者氏名	様			男・女	
住　　所	TEL（　　）　－				
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日 生　（　　）歳				
保険情報 ※保険証のコピーでも結構です	被保険証		老人医療受給者証		
	保 険 者 番 号		市 町 村 番 号		
	記 号 ・ 番 号		受 給 者 番 号		
	有 効 期 限		有 効 期 限		
	被 保 険 者 氏 名		公費負担医療受給者票		
	被保険との続柄		負 担 者 番 号		
	※来院当日は保険証の原本を持参して頂くようお願い致します		受 給 者 番 号		
			有 効 期 限	負担率	割
服用中のくすり 主な症状	・あり　服用中のお薬がある場合は処方箋を一緒にお送りください。　・なし 抗凝固剤については休薬の有無をお知らせください。 抗凝固剤（　　）日前から休薬可能 主な病状（　　）既往歴（　高血圧、糖尿病、心疾患　他　）				

【お願い】

★ 紹介状は、患者さんが直接ご持参いただきますようお願いいたします

★ 当院は、鎮静剤を使用して内視鏡検査を行っています。内視鏡検査予約の患者さんは、付き添いさんとご一緒にご来院されますようお願いいたします。　（ご自分での車の運転は控えていただきます）

★ 入院予約の方は 9 時までに　検査予約の方は、予約時間の 30 分前にご来院されますようお願いいたします。

〒710-0142　倉敷市林 2217　TEL（086）485-1755

＊　受付時間　＊

午前 8：30～11：30　　午後 1：00～5：30　　木曜日・日曜日・祭日は休診