

# 滋賀医科大学医学部附属病院 産科オープンシステム予約申込書(予約票)

(滋賀医科大学医学部附属病院患者支援センター FAX 077-548-2792)

## 紹介元

医療機関名

医師・助産師名

所在地

TEL(        -        -        )

FAX(        -        -        )

## 紹介先

母子診療科

先生

下記のとおり、産科オープンシステムの利用を申し込みます。

1. 受診希望医師名 \_\_\_\_\_ 医師
2. 受診希望日                      年        月        日(        ) 午後のみ

## 患者基本情報

事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いします。

フリガナ			被保険者氏名	続柄
患者氏名				
生年月日		年        月        日	(        歳)	
住所				
電話番号	自宅:		実家:	(        宅)
保険情報	保険者番号		公費	
	記号		番号	
	番号		福祉	
	資格取得	年        月        日	医療	
本院受診歴 (ご協力ください)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号        -        -        ) 本院は、全科共通1患者1診療録、診察券番号は永久使用で運用しております。			

## 返信用FAX

### 予約確認書

(病院記入欄)

下記のとおり、予約が完了しました。

担当医    母子診療科 \_\_\_\_\_ 医師

診察日時                      年        月        日(        )  
 午後        時        分 ~        時        分

ご来院日時 上記の診察開始時間の15分前までに、患者支援センター(病院正面玄関に入って左側、11番窓口)へお越しください。

ご持参いただくもの

紹介状、健康保険証・医療券等、予約確認書(この用紙)、母子手帳、  
 本院の診察券(以前に滋賀医大を受診されたことのある方は、必ずご持参ください。)  
 検査結果・レントゲンフィルム等(ある方は、必ずご持参ください。)

連絡先: 患者支援センター TEL 077-548-2515(平日8:30~19:00)