

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 平成 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	昭和・平成	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	昭・平	医療
		年	月
		日	
本院受診歴 (ご協力下さい)	なし	不明	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 平成 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(病院正面玄関を左側、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)