

ファックス送付先: 078-302-7537

神戸市立医療センター中央市民病院

電話再診申込書

- ① 申込日 年 月 日 枚目 / 枚中
※複数科受診の方は1科ずつお申込みください
- ② 患者番号 :
フリガナ
- ③ 氏名 :
- ④ 生年月日 : 年 月 日
- ⑤ 予約日・時間 年 月 日 () : 月 ~
- ⑥ 診療科・担当医 ()
- ⑦ 診察前の検査 あり なし
- ⑧ 健康保険証 コピーをFAX(078-302-7537)または郵送でお送りください
- ⑨ 日中に連絡がつく電話番号 (- -)
- ⑩ 処方せん・在宅物品 あり→下記もご記入ください なし

院外処方せんファックス送付先

- ・ 薬局名 ()
- ・ 支店名 ()
- ・ 電話番号 (- -)
- ・ ファックス番号 (- -)

※いつもの薬局と異なる場合は、薬の取り扱いが可能な患者さんご自身でお問い合わせください。

院内処方薬・在宅物品送付先 ※宅急便送料については患者さんのご負担となります

〒 -

医師の判断により、電話再診ができない場合があります。その際はご連絡します。
なお、ここでご記入いただく個人情報は、この目的のみに使用します。

(病院使用欄)

	受付	医事課	クレーク	会計	医事課	医事課	医事課
Dr確認	コメント入力	薬局入力	スキャン	コスト算定	処方箋FAX	薬・物品送付	処方せん郵送
内線:	内線:	内線:	内線:	内線:	内線:	内線:	内線:
/	/	/	/	/	/	/	/