

東横恵愛病院 もの忘れ外来

初回受診に際してのお願い

この度は東横恵愛病院 もの忘れ外来にお申し込みいただき有難うございます。初回受診に際しまして、いくつかお願いがございますので、ご理解賜りますようお願い申し上げます。

- 初回受診予約時間は 月 日 曜日 時 となります。初回診療時間「診察・検査（採血・心電図・レントゲン・心理）」は 1 時間おとりしていますが、遅刻された場合には診察時間が短くなりますのでご注意ください。また検査の内容によって時間が延びる場合がございます。
- 当日ご持参いただくもの
 - 健康保険証（お持ちであれば医療証（障・その他））または医療券
 - 本票と同時に送信・送付いたしました問診票（3 枚）
 - 他医療機関にかかっている場合は、診療情報提供書（紹介状）
 - （投薬がある場合には）お薬手帳、薬剤情報提供書など
- 初回受診の手続きをスムーズに行うために
 - FAX をお持ちであれば下記【診断申込書】と【保険証（または医療券）のコピー】を 当院 総合相談室 044-852-0703 宛に FAX していただければと思います。
 - FAX をお持ちでないか FAX での送付に抵抗感がある場合には、下記のいずれかで対応します。
 1. 保険証番号など必要な情報を電話でお伺いします。その場合も保険証などは当日必ずご持参下さい。
 2. 【診断申込書】と【保険証（または医療券）のコピー】を下記まで郵送して下さい。問診表は当日ご持参いただければ結構です。
あて先 〒216-0003 川崎市宮前区有馬 4-17-23 総合相談室
 3. 初回受診予約時間の基本 30 分前にお越しいただき、保険証・診断申込書等をご提示下さい。
 - 情報確認のため、あらためてお電話させていただくことがございますので、ご了承下さい。
- なお、キャンセルされる場合は必ず予約当日の 12 時までに総合相談 044-877-5522（代表）までお電話下さい。ご質問などもこちらでお受けいたします。

当院 FAX 番号：044-852-0703

(キトリ)

診 断 申 込 書

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭・平	年
ご本人氏名					月	日 (才)
住所		〒		電話	自宅・携帯	
					FAX	
保護者	フリガナ	続柄		電話	自宅・携帯	
	氏名				FAX	
上記以外の連絡先				電話		
健康保険証等 (右記の中から選んでご記入下さい)		● 保険者番号 () / 記号 () 番号 () ● 医療券番号 () ● 医療証番号 () / 区分 (障・その他)				

(上記、太枠のみご記入ください)

紹介者 (有・無)	(初診・再来初診)	備考	
-----------	-----------	----	--