

診療予約方法

1. 当院の診療情報提供書兼紹介状を記入し、**FAX**にてお申し込み下さい。

 **FAX** : 0120-087-437 (連携室直通)

【予約時間】

平日 9:00 ~ 16:00 (土・日・祝・12/29~1/3を除く)

ただし、翌日診察希望の場合は、前日(月~金曜日)の15:00までをお願いします。

【診察希望日について】

診察予約時間は、9:00・9:30・10:00・10:30の30分単位です

月曜日		
中家 医師	岡本 医師	木村 医師
火曜日		
福元 医師	黒石 医師	
木曜日		
吉田 医師	清水 医師	江藤 医師

【担当医の希望について】

担当医は必ずしもご希望に添えない場合がございます。

担当医の状況により、予約日および診察時間が変更になる場合がございます。

急患などにより診療時間が遅れることがあります。予めご了承下さい。

【予約変更について】

予約を変更される場合は、以下の連絡先に電話をお願いします。

 **TEL** : 092-943-2331 (福岡東医療センター 代表)

受付時間：平日 11:00 ~ 16:00 (土・日・祝・12/29~1/3を除く)

「診察予約の変更」とお伝え下さい。外来予約センターへおつなぎします。

2. 予約が確定しましたら、『診察予約票』を **FAX** にて送付いたします。

通常は、診療予約申し込みをいただいてから1時間以内に送付いたします。

患者さまへ「診療情報提供書兼紹介状」と「診察予約票」をお渡しく下さい。





国立病院機構 福岡東医療センター宛

診療情報提供書兼紹介状

【 FAX(0120)087-437 TEL(0120)212-454 】

1 紹介先診療科 _____ 科 _____ 医師 _____

2 紹介元医(病)院名 _____ 医師名 _____

電話番号 _____ F A X _____

3 受診予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(曜日) _____ 時 _____ 分頃 入院・外来
緊急性の有無(有・無)、来院方法(救急車・その他)、福岡東医療センター受診歴(有・無)

4 開放型共同指導の予定 _____ 有り _____ 無し

5 受診者情報

ふりがな		生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日	歳
患者氏名	男	勤務先及					
	女	び連絡先	電話	()			
現住所	〒()		電話	()			
	市	町	市	町	村	番地	
	県	郡	村	番地			

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過、治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考

診 察 予 約 票

お名前 _____ 様

診療科 _____ 整形外科

予約日時 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

当日は、急患などにより診察時間が遅れることがあります。あらかじめご了承ください。

【受付場所】

総合受付②番窓口（紹介状あり）

【持参していただくもの】

- 紹介状
- 健康保険証など（医療証など）
- 診察券（当院受診歴があるかた）
- お薬手帳（お薬手帳をお持ちのかた）

予約を変更される場合は、以下の連絡先にお電話をお願いします。

福岡東医療センター 代表

092-943-2331

受付時間：9:00 ～ 16:00（土・日・祝 12月29日～1月3日は除く）

「診療予約の変更」とお伝えください。

外来予約センターへおつながります。

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター
住所：福岡県古賀市千鳥1丁目1番1号
電話：092-943-2331（代表）