

診療予約申込書 (FAX専用)

申込年月日 年 月 日

〒070-8530

紹介元医療機関

旭川市曙1条1丁目1番1号
旭川赤十字病院 地域医療連携室 宛
FAX 0166-22-8287
TEL 0166-22-8133

〈受付時間〉 8:30~16:30
〈休診日〉 土日祝日、5月1日
12月29日~1月3日

住 所	〒
医療機関名	
医 師 氏 名	
T E L	
F A X	

下記患者について、診療予約を申し込みます。 ※氏名、生年月日、住所等お間違えのないようお願いいたします。

旭川赤十字病院 患者番号	あり	患者番号 ()	なし
ふりがな		性別	年齢
氏 名		男・女	才 大・昭・平・令
住 所	〒	TEL()	-
保険者番号	記号・番号	公費負担者番号	公費受給者番号
被保険者氏名		本人・家族	
傷病名	依頼目的		

※別途、診療情報提供書の作成及び事前にFAXをお願いいたします。

ご希望される診療科 (○を付けてください)						
<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 心血管外科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 総合診療外来	
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> (インプラント・抜歯)	
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 皮膚科		
ご希望される日時			ご希望される医師			
第一希望	月 日 時 分頃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医師名)				
第二希望	月 日 時 分頃					
<input type="checkbox"/> 希望日時なし						

※太線枠内に必要事項をご記入願います。

CT・MRI 同時申込み (検査内容に○を付けて頂き、検査部位をご記入願います。)

検査内容	検査部位
<input type="checkbox"/> CT	
<input type="checkbox"/> MRI	

- ・お電話でお申込み頂いた場合でも、FAXで送信して頂きますようお願いいたします。
- ・予約日時につきましては、ご連絡をいただいてから15分ほどでFAXでお知らせいたします。
- ・当院からの返信がない場合、大変お手数ですがご連絡頂きますようお願いいたします。
- ・受付時間外及び下記休診日のお申込みにつきましては、翌日または休診日明けにご連絡させていただきますのでご了承願います。