

旭川赤十字病院 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 (直通)
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 | (担当者名) |
| F A X | |

※太線枠内に必要事項をご記入願います。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 受診歴 | あり | 患者番号 () | なし・不明 |
| ふりがな | | 性別 | 年齢 |
| 氏 名 | | 男・女 | 才 大・昭・平・令 |
| 住 所 | 〒 | TEL() | - |
| 傷病名 | 依頼目的 | | |
| ※別途、診療情報提供書の作成及び事前の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) | | | |
| 糖尿病・内分泌内科 | 循環器内科 | 整形外科 | 泌尿器科 |
| 呼吸器内科 ※1 | 腎臓内科 | 形成外科 | 産婦人科 |
| 消化器内科 (消化器一般・肝臓外来) | 脳神経内科 | 脳神経外科 | 眼科 |
| 血液・腫瘍内科 ※1 | 小児科 | 心臓血管外科 | 耳鼻咽喉科 |
| | 外科 | 呼吸器外科 | 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 | □希望日時なし | □あり (医師名) □なし |
| 第二希望 | 月 日 時 分頃 | | |

※1 診療予約申込書、診療情報提供書を事前にFAXいただいた後、医師に確認し予約日を決定します。

〈CT・MRI 同時申込み〉

検査内容に○を付けていただき、検査部位をご記入願います。

| 検査内容 | 検査部位 |
|------|------|
| CT | |
| MRI | |

1. 予約日時につきましては、FAX確認後15分ほどで返信いたします。
2. 当院からの返信がない場合は大変お手数ですが、ご連絡をお願いいたします。
3. 受付時間外及び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ください。
4. お申込みいただいた内容により事前に追加情報を依頼する場合があります。

〈他院受診歴について〉

直近1か月の他院受診・入院歴 (検査のみ・健診含む)

□あり □なし

医療機関名

最終外来受診日 (月 日)

入院期間 (月 日 ~ 月 日)