

例

旭川赤十字病院 診療予約申込書 (FAX専用)

〒070-8530

申込年月日 **2021** 年 **5** 月 **15** 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

地域医療連携室 宛

F A X : 0166-22-8287 (直通)

T E L : 0166-22-8133 (直通)

〈受付時間〉 8:30~16:30

〈休診日〉 土日・祝日

12月29日~1月3日

5月1日 (開院記念日)

紹介元

住所 〒

医療機関名

主治医:

TEL:

FAX:

担当者:

紹介元情報を記入してください。
※ご担当者様のお名前も
忘れずにご記入お願いします。

患者情報 ※患者番号がわかる場合は番号のみ記入いただき、患者情報の記入は不要です。

旭川赤十字病院 受診歴	<input checked="" type="radio"/> あり	患者番号 ()	なし・不明
フリガナ	ニッセキ 如ウ	様 <input checked="" type="radio"/> 男	大 <input checked="" type="radio"/> 昭
患者氏名	日赤 太郎	月日	55年 5月 1日 (41歳)
住所	〒070-8530 旭川市曙〇条〇丁目〇		〇〇〇〇

患者番号がわかる場合は番号と
患者氏名のみの記入で構いません。

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名	診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。		
依頼目的			
希望日時	第1希望 6 月 1 日 時頃	第2希望 6 月 3 日 時頃 以外	希望なし
直近1か月の 他院受診歴	外来受診: 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (医療機 〇〇クリニック 受診日: 5 月 1 日)		月 日)

受診希望日、もしくは都合の悪い
お日にちをご記入ください。
希望日がない場合は、希望なし
に〇をつけてください。

ご希望の診療科に〇をつけてください

内分 <input checked="" type="radio"/> 内科	糖尿	血液・腫瘍内科
消化器	肝臓	脳神経外科
外科	整形外科	形成外科
	泌尿器科	心臓血管外科
	耳鼻咽喉科	呼吸器外科
	インプラント・抜歯)	
※毎週金曜日	※毎週水曜日	

複数科受診希望の場合は、希望の科
すべてに〇をつけてください。
※診療情報提供書は科ごとの

希望医師	あり (医師名)	<input checked="" type="radio"/> なし
------	-----------	-------------------------------------