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
旭川市曙１条１丁目１番１号
地域医療連携室　宛
ＦＡＸ：0166-22-8287（直通）
ＴＥＬ：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：	

患者情報　※患者番号がわかる場合は番号と患者氏名のみ記入で構いません。

旭川赤十字病院　受診歴	あり　患者番号（　　-　）・　なし・不明				
フリガナ 患者氏名	様	男 女	生年月日	大・昭 平・令	年　月　日(　歳)
住所	〒			電話番号	ー　ー

該当箇所にご記入をお願いします。

傷病名			
依頼目的			
希望日時	第1希望　月　日　時頃	第2希望　月　日　時頃	希望なし
直近1か月の他院受診歴	外来受診：無・有（医療機関名：　受診日：　月　日） 入　院：無・有（医療機関名：　入院期間：　月　日～　月　日）		

ご希望の診療科に〇をつけてください。

内分泌内科	糖尿内科	呼吸器内科	腎臓内科	血液・腫瘍内科
消化器内科	肝臓外来	循環器内科	脳神経内科	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
小児科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	呼吸器外科
皮膚科	総合診療科	歯科口腔外科（インプラント・抜歯）		
物忘れ外来 ※毎週金曜日	肛門外来 ※毎週水曜日	減量サポート･外科治療センター ※毎週火曜日		内視鏡外科外来 ※毎週火曜日

希望医師	あり　（医師名　　）　なし

2021.8