

地域医療連携室では、ご紹介いただく患者様のFAX予約を実施しております。事前に診療情報提供書をいただくことにより、当日の待ち時間の短縮に努めております。

① 診療予約申込書に

必要事項をご記入ください。

※ホームページから
ダウンロードできます。



② 地域医療連携室まで

FAXをお願いいたします。

※診療情報提供書も
併せてFAX願います。



③ 日時が決定したら、地域

医療連携室より「受診日
程のご連絡」をFAX送信
いたします。



④ 診療情報提供書の原本を

患者様にお渡しの上、受
診当日にご持参ください。



注意事項

1. お申込みいただいてから(FAX確認後)15分程度で診療日時をご連絡いたします。
2. 受付時間は平日8:30~16:30となっております。受付時間外にお申込みいただいた場合、当院からの返信は翌日または休診日明けの返信となりますのでご了承ください。
3. 診療科によっては、日程の調整に時間がかかる場合がございます。また、お申込みの内容によっては、追加情報を依頼する場合がございますので、予めご了承ください。この場合、当室よりご担当者様に連絡いたします。
4. 当院からの返信が確認できない場合は、お手数ですが地域医療連携室までご連絡ください。
5. 受診日前日までに診療情報提供書の作成をお願いいたします。診療情報提供書作成後は、地域医療連携室までFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

旭川赤十字病院 診療予約申込書 (FAX専用)

〒070-8530

申込年月日 年 月 日

旭川市曙1条1丁目1番1号

紹介元

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)

住 所: 〒	
医療機関名:	
主治医:	
T E L :	F A X :
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	男 女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
患者氏名	様			
住所	〒	電話番号	-	-

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○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
------	----------------	----

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

紹介元

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)

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="checkbox"/> あり	患者番号 ()	なし・不明
フリガナ	ニッセキ 知ウ	様 <input checked="" type="checkbox"/> 男	大・昭 55年 5 月 1 日 (41歳)
患者氏名	日赤 太郎		
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="checkbox"/> 有 (医療機関名: 〇〇クリニック)	受診日: 5 月 1 日	月 日)
	入院: <input checked="" type="checkbox"/> 有		

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

<input checked="" type="checkbox"/> 内分科	糖尿病科	血液・腫瘍内科
<input type="checkbox"/> 消化器科	肝臓科	脳神経外科
<input type="checkbox"/> 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
作成および事前のFAXをお願いします。

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