

# 旭川赤十字病院 診療予約申込書 (FAX専用)

〒070-8530

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)

申込年月日 年 月 日

紹介元

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	生年月日	大・昭	年	月	日(	歳)
患者氏名	様	女		平・令				
住所	〒			電話番号	-	-		
希望診療科				希望医師がいる場合				医師
希望日時	第1希望	月	日	時頃	第2希望	月	日	時頃
								希望なし
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> その他 ( )							

## 診療情報提供書

傷病名	
依頼目的	
既往歴及び 家族歴	
経 過	
現在の処方	

この用紙が診療情報提供書の原本となりますので、患者様に持参させてください。