

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

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）

申込年月日 年 月 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			男	生年月日	大・昭			
患者氏名	様		女		平・令 年 月 日（ 歳）			
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	☐ 外来で返事を待っている ☐ 帰宅済み ☐ 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。