

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 予約申込時の注意事項

〈診療予約申込について〉

- 1.申込時は、**診療予約申込書の太枠内**に必要事項を記入し、地域医療連携室までFAXをお願いいたします。
- 2.当院の患者番号がわかる場合は、**患者番号と患者氏名のみ**記入いただき、**患者情報の記入は不要**です。
- 3.**重要：呼吸器内科、血液・腫瘍内科**を予約する場合、**診療情報提供書も同時にFAX**してください。
- 4.お申込みの内容によっては、追加情報をご依頼する場合があります。（担当者様にご連絡いたします）
- 5.予約日時が決まりましたら、FAXで返信いたします。
 平日受付時間内の場合は、**FAX確認後15分程度**の時間を要します。
 平日受付時間外（金曜除く）の場合は、**翌日の返信**となります。
 金曜時間外、休診日の場合は、**休診日明けの返信**となります。
- 6.当院からの**返信が確認できない場合**、お手数ですが**地域医療連携室までお電話**をお願いします。
- 7.**受診日前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**地域医療連携室にFAX**のうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

〈共同利用予約申込について〉

- 1.申込時は、**共同利用申込書の太枠内**に必要事項を記入し、地域医療連携室までFAXをお願いいたします。
- 2.当院の患者番号がわかる場合は、**患者番号と患者氏名のみ**記入いただき、**患者情報の記入は不要**です。
- 3.お申込みの内容によっては、追加情報をご依頼する場合があります。（担当者様にご連絡いたします）
- 4.予約日時が決まりましたら、FAXで返信いたします。
 平日受付時間内の場合は、**FAX確認後15分程度**の時間を要します。
 平日受付時間外（金曜除く）の場合は、**翌日の返信**となります。
 金曜時間外、休診日の場合は、**休診日明けの返信**となります。
- 5.当院からの**返信が確認できない場合**、お手数ですが**地域医療連携室までお電話**をお願いします。
- 6.**検査日前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**地域医療連携室にFAX**のうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。
- 7.**造影検査**を希望の場合は、申込時に**造影検査同意書(チェックリスト)**と**造影検査説明書**を併せてFAXのうえ、原本は当日患者さんに持参させてください。

〈共同利用予約時間一覧〉

		月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
CT・MRI		11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	×	11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	15:00～ 15:30	11:00～ 11:30	×
RI	骨シンチ	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	×	×	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	11時頃注射 (14時頃撮影)	×	×	×
	腫瘍シンチ ガリウムシンチ	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)	○ (注)
	脳血流 スベクト	×	11:00～ 11:45	×	×	×	×	×	×	11:00～ 11:45	×
	DATスキャン	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	×	×	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	12時頃注射 (15時頃撮影)	×	×	×
超音波 (腹部・甲状腺)		12:00頃		11:00頃		12:00頃		12:00頃		11:00頃	
脳波		9:00～15:00		9:00～15:00		9:00～15:00		9:00～15:00		9:00～15:00	
肺機能検査		9:00～11:00		9:00～11:00		9:00～11:00		9:00～11:00		9:00～11:00	
検査可能人数/日		4名		3名		4名		4名		3名	

- ・予約時間は当日の検査状況によって多少お待ちいただく場合がございます。
- ・詳しくは地域医療連携室までお問い合わせください。

(注)時間は要相談となります。

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：

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	-	-		
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。

2024.1

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 2024年 5月 10日

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：

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	ニッセキ タロウ	男	大・昭	55年 5月 1日（41歳）
患者氏名	日赤 太郎	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。		
住所	〒070-8530 旭川市曙〇条〇丁目	〇-〇〇〇〇		
希望診療科	消化器内科	希望医師がいる場合	医師	
希望日時	第1希望 6月 1日 時頃	第2希望 6月 8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	診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。
経過	複数の診療科の予約申込をする場合は、科ごとに診療情報 提供書を作成・事前FAXをお願いします。
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。