

当院ではFAXとお電話にて外来診療予約を実施しています。

患者さんからのTEL予約を実施している診療科：耳鼻咽喉科・形成外科・呼吸器外科・皮膚科・歯科口腔外科（条件あり）
詳細は〇ページをご参照ください。

FAX予約の流れ

- 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。



FAX予約の注意事項

1. 受付時間

平日8:30～16:30（外来休診日を除く）

2. 予約調整にかかる時間

連携室へFAXが届いた時刻が
受付時間内（平日16:30まで）の場合：確認後15分程度
受付時間外の場合：次の受付時間が開始してから順番に調整

例：4/15（土）13:00にFAXを受領した場合
→4/17（月）8:30から順番に予約調整

下記の診療科は外来に確認してから予約日時が決まるため、
予約票のFAX送信までにお時間がかかります。
※翌日以降のお返事となる場合もあります。

呼吸器内科/血液・腫瘍内科/小児科/産婦人科/外科

3. 予約申込時に紹介状が必要な診療科

下記の診療科は予約日を決める際に紹介状が必要です。
予約申込書と併せて、FAXをお願いいたします。

呼吸器内科/血液・腫瘍内科/小児科

※血液・腫瘍内科は採血データも必ず必要です。

4. 紹介状の事前FAXが必要な診療科

下記の診療科は受診前日までに紹介状の事前FAXをお願いし
ています。

循環器内科・腎臓内科・泌尿器科・脳神経内科

5. 画像データ（CD-R）の有無をお聞きしてい る診療科

心臓血管外科・呼吸器外科

6. その他

患者さんの旧姓・以前の住所等を確認させていただく場合が
ございます。お手数おかけいたしますが、ご協力のほどよろ
しくお願いいたします。

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)	
	脳血流 スペクト	×		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。

例

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:

TEL:

〈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 2024年 5月 10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			
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	
経過	
現在の処方	

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。

診療情報提供書を添付いただければ、記載不要です。

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。

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。