|  |
| --- |
| **緊急、入院（転院）のご依頼は 『各科当番医』 に直接連絡をお願いします。** |

**外来診療　予約申込書**

〒090-8666

北見市北６条東２丁目１番地

北見赤十字病院　地域医療連携室　宛

**FAX　0120-018-599**

TEL　0120-018-299

［紹介元］ 　申込年月日　　　　年　　月　　日

 医療機関名

 住所

 T E L

 F A X

診療科・医師名

 担当者名

〈受付時間〉 8：30～16：00

〈休診日〉 土日祝日、5月1日

12月29日～1月3日

太枠内を全て記入し、本紙と診療情報提供書を一緒にFAXしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 旧姓 | 性別 | 年齢 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  |  | 男・女 | 才 | 大・昭・平・令　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 |
|  |
| 電話 | 電話１（　　　　　）　　　　－　　　　　　　　　電話２（　　　　　）　　　　－ |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　ご関係　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－ |
| 北見赤十字病院患者番号 | □あり　　（患者番号　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □なし、不明　　＊旧姓や旧住所等を確認させていただくことがあります。 |
| 保険情報 | □生保　　　□労災　　　□自賠責（保険会社：　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　様） |
| 状　態 | □外来で待っている　　　□すでに帰宅　　　□入院中（退院予定：　　　月　　　日） |
| 予約希望日 | □緊急　（本日受診が必要）→ 各科当番医へ直接ご連絡ください【連絡済み ・ これから連絡する】 |
| □準緊急（翌日または休日明けの受診が必要）→ 各科当番医への連絡をお願いすることがあります |
| □緊急性なし（希望がなければ最短日で予約します） |
| 第１希望日　　　　　月　　　日（　　） | □曜日希望あり　（　　　　　　曜日） |
| 第２希望日　　　　　月　　　日（　　） | □都合の悪い日　（　　　　　　　　　　　　） |
| 第３希望日　　　　　月　　　日（　　） | □いつでも良い |
| 資　料 | □なし |
| □あり　→　□画像（CD-R、フイルム）　　□検査記録　　□その他（　　　　　　　　　　　）　 |
| ＊画像資料は事前送付をお願いしております。［前日（平日）の午前中必着］ |
| 診療科 | □内科 | □外科 | □皮膚科 | □放射線科 |
| □内科（膠原病） | □整形外科 | □泌尿器科 | □緩和ケア内科 |
| □内科（血液） | □形成外科 | □産婦人科 | □ペインクリニック内科 |
| □内科（神経） | □脳神経外科 | □小児科 | □歯科口腔外科 |
| □消化器内科 | □眼科 | □神経精神科 |  |
| □循環器内科 | □頭頸部・耳鼻咽喉科 |  |  |
| 希望医師 | □Dr to Dr で既に連絡済（医師名　　　　　　　　　） |
| □なし　　　　　 □あり（医師名　　　　　　　　　）＊希望に添えないことがあります |

【診療予約申込の流れ】

①当院より予約受付連絡票をFAXいたしますので患者さんへお渡しください。

②診療情報提供書の原本は患者さんへお渡しください。（事前送付をご依頼することがあります）

【診療予約申込の注意事項】

①受付時間外または休診日のFAXは、翌診療日のお返事となります。

②電話による空き状況の確認、また、予約枠確保の依頼はご遠慮ください。

③患者さんからのご予約は承っておりません。紹介元の医療機関様経由でご予約ください。

④緊急、入院（転院）のご依頼は、各科当番医へ直接連絡をお願いいたします。