

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 地域連携課 宛
FAX 0120-018-599
TEL 0120-018-299

〈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

[紹介元] 申込年月日 年 月 日
医療機関名
住所
TEL
FAX
診療科・医師名
担当者名

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	<input type="checkbox"/> あり (患者番号) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責(保険会社:)			担当者: 様
状態	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定: 月 日)			
予約希望日	<input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 ()	<input type="checkbox"/> 曜日希望あり (曜日)	
	第2希望日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()	
	第3希望日	月 日 ()	<input type="checkbox"/> いつでも良い	
資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 画像(CD-R、フィルム) <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 内科(膠原病) <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 内科(血液) <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック内科 <input type="checkbox"/> 内科(神経) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 神経精神科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 頭頸部・耳鼻咽喉科			
希望医師	<input type="checkbox"/> Dr to Drで既に連絡済 (医師名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。