

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

T E L

F A X

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	☐ 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、フィルム) ☐ 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 ☐ 消化器内科 ☐ 脳神経外科 ☐ 小児科 ☐ 内科 (膠原病) ☐ 循環器内科 ☐ 眼科 ☐ 神経精神科 ☐ 内科 (血液) ☐ 外科 ☐ 頭頸部・耳鼻咽喉科 ☐ 放射線科 ☐ 内科 (神経) ☐ 整形外科 ☐ 皮膚科 ☐ 緩和ケア内科 ☐ 内科 (腎臓) ☐ 形成外科 ☐ 泌尿器科 ☐ ペインクリニック内科 ☐ 内科 (DM/内分泌) ☐ 産婦人科 ☐ 歯科口腔外科			
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。