

北見赤十字病院 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
日本赤十字社	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 () -																									
当院の受診歴	☐ 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	<table border="0"> <tr> <td>☐ 内科</td> <td>☐ 消化器内科</td> <td>☐ 脳神経外科</td> <td>☐ 小児科</td> </tr> <tr> <td>☐ 内科 (膠原病)</td> <td>☐ 循環器内科</td> <td>☐ 眼科</td> <td>☐ 神経精神科</td> </tr> <tr> <td>☐ 内科 (血液)</td> <td>☐ 外科</td> <td>☐ 頭頸部・耳鼻咽喉科</td> <td>☐ 放射線科</td> </tr> <tr> <td>☐ 内科 (神経)</td> <td>☐ 整形外科</td> <td>☐ 皮膚科</td> <td>☐ 緩和ケア内科</td> </tr> <tr> <td>☐ 内科 (腎臓)</td> <td>☐ 形成外科</td> <td>☐ 泌尿器科</td> <td>☐ ペインクリニック内科</td> </tr> <tr> <td>☐ 内科 (DM/内分泌)</td> <td></td> <td>☐ 産婦人科</td> <td>☐ 歯科口腔外科</td> </tr> </table>				☐ 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
☐ 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。