

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