

成田赤十字病院<FAX診療申込書>

(医療機関控)

申込日： 令和 年 月 日

医療機関名
所在地
TEL
FAX(返信先)
医師名

フリガナ				TEL	
患者氏名				FAX(返信先)	
性別	男 ・ 女	当院 受診歴	無・有	診察券番号 (お持ちの場合)	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日			-	
住所	〒 -		携帯	-	-
			自宅	-	-

■時間の予約が可能な診療科 (該当の診療科に✓)
初診受付曜日

内科 月～金
診療域
血液 消化器 循環器 腎臓 糖尿病代謝
リウマチ・アルギ - 内分泌 呼吸器 その他 ()
緊急度 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診

外科 月～金

眼科 月～金
緊急度 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診

呼吸器外科 月・水・金

産婦人科 ※初診人数制限あり 月～金

受診希望日時 (平日9時～11時台)

① 月 日 () 時台	} 予約日時
② 月 日 () 時台	
③ 月 日 () 時台	

受診日未定

医師の希望があれば記入

医師

■時間の予約はお取りできない診療科 (該当の診療科に✓)
初診受付曜日

整形外科 月～金

泌尿器科 月～金

脳神経内科 月～金

歯科口腔外科 月～金

皮膚科 月・火・木・金

耳鼻咽喉科 月・火・木・金

小児科 月～金

脳神経外科 月～金

放射線科 月～金

心臓血管外科 火・木

精神神経科 ※初診人数制限あり 月・水・金

形成外科 月・水・金

小児外科 火

受診日 月 日 ()

受診日未定

医師の希望があれば記入

医師

<保険情報> *保険証・公費医療証の写しを添付いただければ記入不要です。

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
保険証の続柄	本人 ・ 家族	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	負担割合	1割・2割・3割 自己負担限度額 一般・一般以外
		子ども医療費受給券	有 (負担額 円)

紹介状も併せてお送りくださいますようご協力をお願いします。

FAX : 0476-23-9581

成田赤十字病院 地域医療連携課 TEL : 0476-22-9950

成田赤十字病院〈FAX診療申込書〉

(患者控)

申込日： 令和 年 月 日

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

フリガナ				当院 受診歴	無・有	診察券番号					
患者氏名											
性別	男 ・ 女			T・S・H・R 年 月 日	携 帯	-					
生年月日						〒 -	自 宅	-			
住所											

■時間の予約が可能な診療科 (該当の診療科に✓)
初診受付曜日 外来窓口

<input type="checkbox"/> 内科	月～金	22
診療域 血液 消化器 循環器 腎臓 糖尿病代謝 リウマチ・アルギ - 内分泌 呼吸器 その他 ()		
緊急度 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 外科	月～金	12
<input type="checkbox"/> 眼科	月～金	23
緊急度 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	月・水・金	23
<input type="checkbox"/> 産婦人科 <small>※初診人数 制限あり</small>	月～金	24
受診希望日時 (平日9時～11時台)		
① 月 日 () 時台	} 予約日時	月 日 ()
② 月 日 () 時台		
③ 月 日 () 時台		
<input type="checkbox"/> 受診日未定		
医師の希望があれば記入		
医師		

■時間の予約はお取りできない診療科 (該当の診療科に✓)
初診受付曜日 外来窓口

<input type="checkbox"/> 整形外科	月～金	10
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	月～金	24
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	月～金	11
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	月～金	12
<input type="checkbox"/> 皮膚科	月・火・木・金	12
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	月・火・木・金	11
<input type="checkbox"/> 小児科	月～金	100
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	月～金	11
<input type="checkbox"/> 放射線科	月～金	15
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	火・木	23
<input type="checkbox"/> 精神神経科 <small>※初診人数 制限あり</small>	月・水・金	13
<input type="checkbox"/> 形成外科	月・水・金	23
<input type="checkbox"/> 小児外科	火	100
受診日	月 日 ()	
<input type="checkbox"/> 受診日未定		
医師の希望があれば記入		
医師		

受診日の調整

「受診日未定」となっている場合や受診日変更の際は、受診希望日の前開院日16時まで成田赤十字病院地域医療連携課(0476-22-9950)にお電話ください。(紹介元の医療機関名と患者さんのお名前をお話してください。)

受診日当日

予約時間の15分前までに受診する診療科の外来窓口へ直接お越しください。

8時30分から11時まで^(※)の間に受診する診療科の外来窓口へ直接お越しください。
※形成外科・小児外科の受付時間は8時30分～15時30分
 (診療開始時間は、形成外科が13時30分から、小児外科が14時から)

●受診日当日お持ちいただくもの
 紹介状 ・ 保険証 ・ 本申込書、(お持ちの方は)当院診察券 ・ お薬手帳 ・ 公費医療証

成田赤十字病院 外来フロア案内図

