

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				当院 受診歴	無 有	診察券番号 (お持ちの場合)				
患者 氏名										
性別	男	女								
生年月日	大正	昭和	平成	令和						
		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・アレルギー 内分泌 呼吸器
 その他
緊急度

外科 月～金

眼科 月～金
緊急度

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		月 日 ()
③ 月 日 () 時台		時 分

受診日未定

医師の希望があれば入力

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入力

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入力不要です。

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	自己負担 限度額
		子ども医療費受給券	<input type="checkbox"/> 有 (負担額 円)

紹介状も併せてお送りくださいますようお願いいたします。

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	男	女										
性別	大正	昭和	平成	令和								
生年月日	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 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・アレルギー 内分泌 呼吸器	
	その他	
緊急度		
<input type="checkbox"/> 外科	月～金	12
<input type="checkbox"/> 眼科	月～金	23
緊急度		
<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		時 分
③ 月 日 () 時台		
<input type="checkbox"/> 受診日未定		
医師の希望があれば入力		
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入力		
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

