

# 成田赤十字病院<FAX診療申込書>

(FAX送信用)

## FAX : 0476-23-9581

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。

医療機関名

申込日 : 令和 年 月 日 所在地

フリガナ				T E L
患者氏名	様			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	— —	

※患者氏名は、**保険証と同じ文字**でご記入ください。

紹介診療科	科	医師
-------	---	----

※太枠内は必ずご記入ください。 医師の指定がない場合は記入不要です。

<input type="checkbox"/> 受診希望日あり	第1希望	月 日 曜日	予約 日時	※予約日時は受付報告書で返信します。 月 日 曜日 時 分
	第2希望	月 日 曜日		
	第3希望	月 日 曜日		

最短日希望 (緊急性あり) ※必ず紹介状をFAXでお送りください。

受診日未定 ※患者さんと日程を調整します。受診希望日の前開院日16時まで地域連携患者支援課まで電話するようお願いください。

《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	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)

### 【貴院からの通信欄】

# 成田赤十字病院<FAX診療申込書>

(患者さん控え)

地域連携患者支援課 (直通) TEL: 0476-22-9950

受付時間: 平日8時30分~17時

医療機関名

申込日: 令和 年 月 日 所在地

フリガナ			T E L
患者氏名	様		FAX (返信先) 医師名
性別	男・女	当院 受診歴	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	— —

受診診療科		医師
-------	--	----

受診希望日あり

第1希望	月 日 曜日
第2希望	月 日 曜日
第3希望	月 日 曜日

予約  
日時

※決定した予約日時をご記入ください。

月 日 曜日  
時 分

最短日希望 (緊急性あり)

受診日未定 ※日程を調整します。受診希望日の前開院日16時まで地域連携患者支援課にお電話ください。

**【診療科のご案内】** 診療受付8:30~11:00 診療開始9:00~ (形成外科、小児外科を除く)

時間予約が可能な診療科			時間予約はお取りできない診療科		
窓口	内科	初診曜日	窓口	診療科	初診曜日
22	循環器内科	月~金	23	眼科	月~金
	消化器内科	月~金	11	脳神経内科	
	血液腫瘍科	月~木		脳神経外科	
	呼吸器内科	水・金	12	外科	要相談
	腎臓内科	月・金		乳腺外科 ※1	
	リウマチ・アレルギー内科	火・木・金	15	歯科口腔外科	月~金
	糖尿病代謝内科	月・火		放射線科	
	内分泌内科	月・木	100	小児科	
	総合内科	月・水~金	23	呼吸器外科	月・水・金
	感染症科 ※1	要相談		心臓血管外科	火・木
			24	泌尿器科	月~金
				産婦人科 ※2	

※1 確認が必要なため、調整に時間がかかります。

※2 初診患者の人数制限があります。

※3 受診日のみの予約は可能です。

※4 受付時間 8:30~15:30  
診療開始 13:30~

※5 受付時間 8:30~15:30  
診療開始 14:00~

受診日 当日	【時間予約の方】	予約時間の <b>15分前まで</b> に受診する <b>診療科窓口へ直接</b> お越しください。
	【日付予約の方】	8時30分から11時までの間に受診する <b>診療科窓口へ直接</b> 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分です)

●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

