

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	
所在地	
TEL	
FAX (返信先)	
医師名	
申込日：令和 年 月 日	
フリガナ	
患者氏名	①様
性別	男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 -
当院受診歴	無・有
診察券番号 (お持ちの場合)	
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	②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。

③	④	第1希望	月 日 曜日	⑥ 月 日 曜日 時 分
		第2希望	月 日 曜日	
		第3希望	月 日 曜日	
※予約日時は受付報告書で返信します。				
⑤※必ず紹介状をFAXでお送りください。				
⑦※患者さんと日程を調整します。受診希望日の前開院日16時までに地域連携患者支援課まで電話するようお伝えください。				

【貴院からの通信欄】

⑧

地域連携患者支援課 (直通) TEL：0476-22-9950

FAX診療申込書 記入の手引き

① 患者氏名は、保険証と同じ文字で記入してください。

② 「内科」は、「消化器内科」等、専門診療域名をご記入ください。
不明の場合は、内容を確認しますので、紹介状をお送りください。
複数の診療科をご紹介いただく場合は、基本的には診療科ごとに記入をお願いします。
「患者さん控え」をコピー対応等いただける場合は、申込書は一枚FAXいただければ結構です。
例) 紹介診療科欄に複数科記入→FAX送信→「患者さん控え」をコピー→診療科ごとの予約日時を記入→患者さんにお渡しする。

③ いずれかのチェックボックスに☑をお願いします。

④ (受診希望日あり) 希望日を記入してください。

⑤ (最短日希望) 内容を確認しますので、必ず紹介状をFAXでお送りください。

⑥ ④⑤の場合、受付報告書で予約日時をお知らせしますので、転記をお願いします。

⑦ (受診日未定)
日程を調整しますので、必ず地域連携患者支援課にお電話するようお伝えください。
電話連絡しないまま来院した場合、休診や予約枠等により受診できない場合があります。

⑧ 貴院からの連絡事項等、どのようなことでも記入してください。
例) ・早め(遅め)の時間希望です。(状況によりご希望に添えないことがあります)
・〇〇科〇〇先生了承済みです(事前に医師同士でやり取りしてる場合など)
・紹介状は、後日FAXします。
・FAX診療申込書希望 〇冊