### 成田赤十字病院〈FAX診療申込書〉

#### FAX診療申込書を送信いただくことの利点

- 専門医の初診枠へご予約がお取りできます。
- お申込みいただく診療日の休診や医師不在等が予め確認できます。
- 「FAX 診療申込書」と併せて「診療情報提供書(紹介状)」をご送信いただくと、ご予約の際に最適な診療科を ご案内できます。
- 紹介患者さんは、初診手続きが不要となり、診療科窓口に直接進めます。待ち時間の短縮にもつながります。

#### FAX診療申込の流れ

診療申込み

貴院

お

手続

き

患

者

さ

んお

手

続

去

受診希望日の前開院日 16 時までに、貴院から地域連携患者支援課へ、本申込書の「FAX 送信用」と「紹介状」を FAX でご送信ください。(夜間・休日でも FAX 送信は可能です。)

FAX 受信後 15 分以内に受付報告書を貴院へ FAX で返信いたします。

夜間・休日に FAX 送信いただいた場合は、予約手続きや受付報告書の返信は、翌開院日になります。

予約の完了

受付報告書の内容をご確認いただき、本申込書の「患者さん控え」を患者さんにお渡しください。「受診日未定」の場合は、受診日の調整が必要なため、患者さんから地域連携患者支援課あてにお電話をいただくか、Webで申込みをしていただきますようお伝えください。

受診日の 調整 (受診日未定または予約日の変更の場合)

受診希望日の前開院日 16 時までに、患者さんから地域連携患者支援課あてにお電話ください。 また、QR コードからもお申込みが可能です。

マイナンバーカードをお持ちの方は事前に「顔認証付きカードリーダー」にて保険情報の確認をお願いいたします。

「QR コードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。」

受診日 当日 【時間予約の方】

予約時間の 15 分前までに診療科の外来窓口に 直接お越しください。

【日付予約の方】

8:30 ~ 11:00 までの間に診療科の外来窓口に 直接お越しください。

|(形成外科・小児外科は除く)

【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)

#### 受診日及び時間帯の予約が可能な診療科

マジロ及び時间帝の予約か可能な診療科								
内科	初診曜日	診療科	初診曜日					
循環器内科	月~金	眼科	月~金					
消化器内科	月~金	脳神経内科						
血液腫瘍科	月~金	脳神経外科						
呼吸器内科	月~金	外科						
腎臓内科	月・金	乳腺外科 ※1	月・水・木					
リウマチ・アレルギー内科	火・水・金	歯科口腔外科	月~金					
糖尿病代謝内科	月・火	放射線科	月~木					
内分泌内科	月・木	小児科	月~金					
総合内科	月・木	呼吸器外科	月・水・金					
感染症科	水・木	心臓血管外科	火・木					
泌尿器科	月~金	※1 初診完全予	 約制です。					
産婦人科 ※2	月~並 	※2 初診患者の人数制限があります						

#### 受診日のみ予約可能な診療科

診療科	初診曜日		
整形外科	月~金		
耳鼻咽喉科	月・火・木・金		
皮膚科	月月、火、小、壶		
精神神経科 ※2	月 (第2・4)・水・金		
形成外科 ※3	月・水・金		
小児外科 ※4	火		

※3 受付時間 8:30~15:30

診療開始 13:30 ~

※4 受付時間 8:30~14:00 診療時間 13:00~15:00

診療時間 13:00~14:30 (第1火曜日)

\*最新の初診曜日については、「紹介初診患者受入体制表」をご確認ください。

【問合せ】 地域連携患者支援課 (直通)TEL:0476-22-9950

## 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						ΤE	L	
患者					様	FAX (返信		
氏 名						医師	名 <del>———</del>	
性別			女		当院			診察券番号(お持ちの場合)
生年月日	T·S·F				受診歴	無・有	ī	
		年 <del></del>	月 ———	日	747.11	.,,	_	
住 所	<del>-</del>	_				携 帯		
※患者氏名は、	伊隆証レ目	ドカウズゴ	"= <b>□ 1</b> / +"	<del>+</del> 1)		自宅	3	
	木灰証と内	UXŦCC	・記入へた					
紹介診療科				科				医師
※太枠内は必っ	げご記入く	ださい。			医師の指	定がない	場合は	記入不要です。
□ 受診希望	日あり	第1希望	2	月 日	曜日		予約	※予約日時は受付報告書で返信します。
		第2希望	星	月日	曜日		日時	月 日 曜日
		第3希望	星	月 日	曜日		шыл	<u>時 分</u>
□ 最短日希	望(緊急	<b>L</b> 性あり)	 ※必ず	 紹介状を	FAX で	└── お送りく	ださい	ι Ι <sub>ο</sub>
□ 受診日未	_	は者さんと						
	冒	電話か We	eb で申	込みをす	るようお	伝えくた	ぎさい。	
【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	関名	
申込日 : 1	令和	年	月	日		所 在	地	
フリガナ						T E	L	
患者					 様	FAX (i	医信先)	
氏 名					138	医師	名	
性別		男・	女		\\			診察券番号(お持ちの場合)
生年月日	T·S·⊦	l・R 年	月	П	当院受診歴	無・	有	_
住所	〒	_				携;	帯	
15 171						自	宅	
l								
受診診療科				科				医師
_	ロあい	第1 希望	В		曜日			医師 ※決定した予約日時をご記入ください。
受診診療科	日あり	第1希望	月		曜日		予約	※決定した予約日時をご記入ください。
_	日あり	第2希望	月		曜日	Ī	予約日時	※決定した予約日時をご記入ください。
_	日あり							※決定した予約日時をご記入ください。   月日曜日

\_\_\_\_

【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)

受診日及び時間帯の予約が可能な診療科							受診日のみ予約可能な診療科		
窓口	内 科	初診曜日	窓口	診療科	初診曜日	窓口	診療科	初診曜日	
	消化器内科	月~金	23	眼科		10	整形外科	月~金	
	血液腫瘍科	月~金	11	脳神経内科	月~金	11	耳鼻咽喉科		
	呼吸器内科	月~金		脳神経外科		12	皮膚科	月・火・木・金	
	腎臓内科	月・金		外科		13	精神神経科※2	月 (第2・4)・水・金	
22	リウマチ・アレルギー内科	火・水・金	12	乳腺外科 ※1	月・水・木	23	形成外科 ※3	月・水・金	
	糖尿病代謝内科	月・火		歯科口腔外科	月~金	100	小児外科 ※4	火	
	内分泌内科	月・木	15	放射線科	月~木	<b>%</b> 3	受付時間 8:30 ~	15:30	
	総合内科	月・木	100	小児科	月~金		診療開始 13:30	~	
	感染症科	水・木	23	呼吸器外科	月・水・金	<b>*</b> 4	受付時間 8:30 ~	14:00	
101	循環器内科	月~金		心臓血管外科	火・木		診療時間 13:00	~ 15:00	
24	泌尿器科	月~金	<b>※</b> 1	初診完全予約制です。			診療時間 13:00	~ 14:30(第1火曜)	
24	産婦人科 ※2	万···亚	×2	初診患者の人数制師	見があります。				

	マイナンバーカードをお持ち	5の方は事前に「顔認証付きカードリーダー」にて保険情報の確認をしてから外来へおすすみください。
受診日	【時間予約の方】	予約時間の 15 分前までに受診する診療科窓口へ直接お越しください。
当日	【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・小児外科を除く)

●受診日当日お持ちいただくもの

紹介状・マイナンバーカード又は健康保険証・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

