

# FAX診療申込書 記入の手引き

以下の①～③の記入欄について、下記のとおりご記入いただきますようお願いいたします。  
※目安として、**緑枠**は事務の方にご記入いただける内容となっております。

## 1 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

フリガナ	ニッセキ タロウ	TEL	0000-00-0000
患者氏名	日赤太郎	FAX (医療用)	0000-00-0000
性別	男・女	医師名	日赤 花子
生年月日	T S H・R ○ 年 ○ 月 ○ 日	診察券番号 (お持ちの場合)	無・有 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ - ○
住所	〒 286 - 8523 千葉県成田市飯田町90-1	携帯	○○○-○○○○-○○○○
		自宅	0476 - 22 - 2311

**患者さん情報**をご記入ください。  
当院診察券番号はおわかりになればご記入をお願いします。

**2** ■ 時間の予約が可能な診療科 (該当の診療科に✓)

<input checked="" type="checkbox"/> 内科	月～金	<input type="checkbox"/> 小児科	月～金
<b>診療域</b>	血液 消化器 循環器 腎臓 糖尿病代謝 卵巣・アルビ- 内分泌 その他 ( ) 不明	<input type="checkbox"/> 整形外科	
<b>緊急度</b>	直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
<input type="checkbox"/> 外科	月～金	<input type="checkbox"/> 皮膚科	月・火・木・金
<input type="checkbox"/> 眼科	月～金	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	
<b>緊急度</b>	直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診	<input type="checkbox"/> 脳神経科	
<input type="checkbox"/> 産婦人科 <small>※初診人数制限あり</small>	月～金	<input type="checkbox"/> 放射線科	
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	月・水・金	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	火・木
<input type="checkbox"/> 緩和診療科 <small>※予約方法が異なります (表紙をご覧ください)</small>		<input type="checkbox"/> 形成外科	
受診希望日時 (平日9時～11時台)		<input type="checkbox"/> 形成外科	
① ○月 ○日 (○) 9時台	予約日時	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
② ○月 ○日 (○) 10時台	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 小児外科	
③ ○月 ×日 (△) 9時台	時 分	<input type="checkbox"/> 受診日未定	
<input type="checkbox"/> 受診日未定			

紹介される診療科にチェックをしてください。  
内科・眼科については緊急度を、  
内科については診療域の記入をお願いします。

日時の予約が可能な診療科については、**第三希望までの希望日時**をご記入ください。  
その右の「予約日時」欄は、当院から返送する受付報告書に記載の予約日時を記入してください。

FAXをお送りいただく時点で受診日(時)が決まっていない場合は、**受診日未定**にチェックいただきFAXしてください。  
後日、患者さんから地域医療連携課へお電話いただき日時の調整をいたします。

成田 医師

医師のご希望がありましたら、外来担当医表の初診枠をご確認いただき記入してください。

**3** <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 一般
		子ども医療費受給券	有 (負担額)

保険情報を記入してください。  
保険証等の写しを添付いただければ**記入は不要**です。

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

2020.10

紹介元医療機関様にはお手数をおかけいたしますが、患者さんの円滑なご受診のため、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。  
ご不明な点などございましたら、地域医療連携課あてにお問合せください。

2020.10