

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 ※該当の診療域を選択してください 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 不明
その他

緊急度

外科 月～金

眼科 月～金

緊急度

産婦人科 ※初診人数制限あり 月～金

呼吸器外科 月・水・金

緩和診療科 ※予約方法が異なります(表紙をご覧ください) 月・水

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 | |
| ③ 月 日 () 時台 | |

受診日未定

医師の希望があれば記入

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

小児科 月～金

整形外科 月～金

脳神経外科 月～金

泌尿器科 月～金

皮膚科 月・火・木・金

耳鼻咽喉科 月・火・木・金

脳神経内科 月・火・木・金

精神神経科 ※初診人数制限あり 月・水・金

放射線科 月～金

心臓血管外科 火・木

形成外科 月・水・金

歯科口腔外科 月～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記入

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
TEL
FAX
医師名

| | | | | | | | | | | |
|------|----|----|----|----|-----------|--------|-------|--|--|--|
| フリガナ | | | | | 当院 受診歴 | 無 有 | 診察券番号 | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男 | 女 | | | 〒 | - | 携帯 | | | |
| 生年月日 | 大正 | 昭和 | 平成 | 令和 | | | - | | | |
| | 年 | 年 | 月 | 日 | | | 自宅 | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | |

■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 ※該当の診療域を選択してください | 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 不明 | |
| | 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"/> 産婦人科 ※初診人数制限あり | 月～金 | 24 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | 月・水・金 | 23 |
| <input type="checkbox"/> 緩和診療科 | 月・水 | 12 |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> 受診日未定 | | |
| 医師の希望 | | |
| 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"/> 小児科 | 月～金 | 100 |
| <input type="checkbox"/> 整形外科 | 月～金 | 10 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | 月～金 | 11 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | 月～金 | 24 |
| <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"/> 脳神経内科 | 月・火・木・金 | 11 |
| <input type="checkbox"/> 精神神経科 ※初診人数制限あり | 月・水・金 | 13 |
| <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"/> 形成外科 ※受付・診察開始時間が異なります | 月・水・金 | 23 |
| <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | 月～金 | 12 |
| <input type="checkbox"/> 小児外科 ※受付・診察開始時間が異なります | 火 | 100 |
| 受診日 | 月 日 () | |
| <input type="checkbox"/> 受診日未定 | | |
| 医師の希望 | | |
| 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(診察開始時間は、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

