

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お願いいたします。

医療機関名
 申込日 : 令和 年 月 日 所在地 TEL
 フリガナ
 患者氏名 ① 様 FAX (送信先)
 性別 男・女 当院受診歴 医師名
 生年月日 T・S・H・R 無・有 診察券番号 (お持ちの場合)
 年 月 日 携 帯 ー ー
 住 所 ー ー 自 宅 ー ー

※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 受診希望日あり ④ 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 ⑥ 月 日 曜日 時 分
 ※予約日時は受付報告書で返します。
 最短日希望 (緊急性あり) ⑤ ※必ず紹介状をFAXでお送りください。
 受診日未定 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願いいたします。

《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		受給者番号	
記号・番号		有効期限	年 月 日
保険証の続柄	本人・家族	負担割合	割 自己負担限度額 一般・一般以外
有効期限	年 月 日	子ども医療費受給券	有 (負担額 円)

【貴院からの通信欄】

⑧

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→患者さんにお渡りする。

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願いいたします。
 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)
 ・ ○○科○○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。
 ・ 保険証コピーの貼付
 ・ FAX診療申込書希望 ○冊