

# 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 ○○クリニック

申込日 : 自動的に入ります

所在地 成田市○○1-1-2-201

フリガナ				TEL 0476-22-0000
患者氏名	① 様			FAX (返信先) 0476-22-9999
性別	②		当院受診歴	② 診察券番号 (お持ちの場合)
生年月日	② 年	月	日	
住所	〒 ③			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	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。

④	<input type="checkbox"/> 受診希望日あり	第1希望	⑤	予約日時	⑧ 月 日 曜日
		第2希望			時 分
		第3希望			

最短日希望 (緊急性あり) ⑥ ※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時までには地域連携患者支援課まで電話するようお願いください。

＜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	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	有効期限	
有効期限		負担割合	割 自己負担限度額 ②
子ども医療費受給券		<input type="checkbox"/> 有 (負担額 円)	

### 【貴院からの通信欄】

⑨

地域連携患者支援課 (直通) TEL : 0476-22-9950

2023.9

### 【エクセル版入力の際の注意事項】

- ・ 「FAX送信用」シートに入力していただければ、「患者さん控え」にも自動的に反映されます。ただし、**受診希望の☑は、反映されません**のでご注意ください。
- ・ 印刷範囲については、ご使用いただくPCにて調整をお願いいたします。

① 患者氏名は、**保険証と同じ文字**でお願いします。旧字体等で変換できない場合は、カタカナ名でお願いします。

② 部分は、プルダウンで選択してください。選択すると色が消えます。

③ 住所の文字数が多い場合は、郵便番号の横のセルもご利用ください。

複数の診療科をご紹介いただく場合は、診療科毎の申込書の作成をお願いします。

④ 受診希望日についての☑は、**二枚目の「患者さん控え」には反映されません**ので、「患者さん控え」にも☑をお願いします。

⑤ (受診希望日あり) 希望日を入力してください。○/○と入力していただければ日付に変換されます。

⑥ (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**。

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までお電話するようお願いください。電話連絡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 受診希望日あり・最短日希望に☑した場合、「FAX紹介患者受付報告書」にて予約日時をお知らせしますので、記入せずにお送りください。事前にお電話等で調整済みの場合は、④のチェックはせずに⑧に記入してください。

⑨ 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いる場合など)

・ 紹介状は、後日FAXします。

・ 保険証コピーの添付

・ FAX診療申込書希望 ○冊