

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 ○○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	〒			携帯 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	③	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	☐ 受診希望日あり	第1希望	⑤	予約日時	⑧ 月 日 曜日 時 分
		第2希望			
		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。 電話かWebで申込みをするようお伝えください。				

※予約日時は受付報告書で返信します。

【貴院からの通信欄】

⑨

地域連携患者支援課 (直通) TEL：0476-22-9950

【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 「内科」は、「消化器内科」等の専門診療域名をご記入ください。
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、電話かWebで予約手続きをするようお伝えください。日程調整を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 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。
・FAX診療申込書希望 ○冊