

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		所在地	
申込日：令和 年 月 日		TEL	
フリガナ			
患者氏名	① 様		
性別	男 ・ 女	当院受診歴	無 ・ 有
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒 -		携帯 自宅
			診察券番号（お持ちの場合）
			—
			—
			—

※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	④	☐ 受診希望日あり	第1希望	月 日 曜日	⑥ 月 日 曜日 時 分
			第2希望	月 日 曜日	
			第3希望	月 日 曜日	
☐	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				

※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。

【貴院からの通信欄】

⑧

地域連携患者支援課（直通） TEL：0476-22-9950

FAX診療申込書 記入の手引き

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→患者さんにお渡しする。

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、電話かWebで予約手続きをするようお伝えください。

調整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）

・〇〇科〇〇先生了承済みです（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。

・FAX診療申込書希望 ○冊