

# 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			年 月 日	携 帯	-				
生年月日	T・S・H・R									
住所	〒 -			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
<input type="checkbox"/> 内科		月～金
<b>診療域</b>		
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 その他 ( ) 不明		
<b>緊急度</b> 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 外科		月～金
<input type="checkbox"/> 眼科		月～金
<b>緊急度</b> 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 産婦人科	<small>※初診人数制限あり</small>	月～金
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科		月・水・金
<input type="checkbox"/> 緩和診療科	<small>※予約方法が異なります(表紙をご覧ください)</small>	月・水
受診希望日時 (平日9時～11時台)		
① 月 日 ( ) 時台	} 予約日時	月 日 ( )
② 月 日 ( ) 時台		
③ 月 日 ( ) 時台		
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 小児科		月～金
<input type="checkbox"/> 整形外科		月～金
<input type="checkbox"/> 脳神経外科		月～金
<input type="checkbox"/> 泌尿器科		月～金
<input type="checkbox"/> 皮膚科		月・火・木・金
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		月・火・木・金
<input type="checkbox"/> 脳神経内科		月・火・木・金
<input type="checkbox"/> 精神神経科	<small>※初診人数制限あり</small>	月・水・金
<input type="checkbox"/> 放射線科		月～金
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科		火・木
<input type="checkbox"/> 形成外科		月・水・金
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		月～金
<input type="checkbox"/> 小児外科		火
受診日		月 日 ( )
<input type="checkbox"/> 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	本人 ・ 家族	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	負担割合	1割・2割・3割 自己負担限度額 一般・一般以外
		子ども医療費受給券	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

T E L

F A X

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			年 月 日	携 帯	-					
生年月日	T・S・H・R					住 所	-				
	〒 -			自 宅	-						

■時間の予約が可能な診療科		
	初診受付曜日	外来窓口
<input type="checkbox"/> 内科	月～金	22
<b>診療域</b> 血液 消化器 循環器 腎臓 糖尿病代謝 リウマチ・アルギ - 内分泌 その他 ( ) 不明		
<b>緊急度</b> 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 外科	月～金	12
<input type="checkbox"/> 眼科	月～金	23
<b>緊急度</b> 直ちに受診 1週間以内受診 1ヶ月以内受診		
<input type="checkbox"/> 産婦人科 <small>※初診人数制限あり</small>	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	月 日 ( )
② 月 日 ( ) 時台		
③ 月 日 ( ) 時台		
<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		
	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 <small>※初診人数制限あり</small>	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 <small>※受付・診察開始時間が異なります</small>	月・水・金	23
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	月～金	12
<input type="checkbox"/> 小児外科 <small>※受付・診察開始時間が異なります</small>	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。)

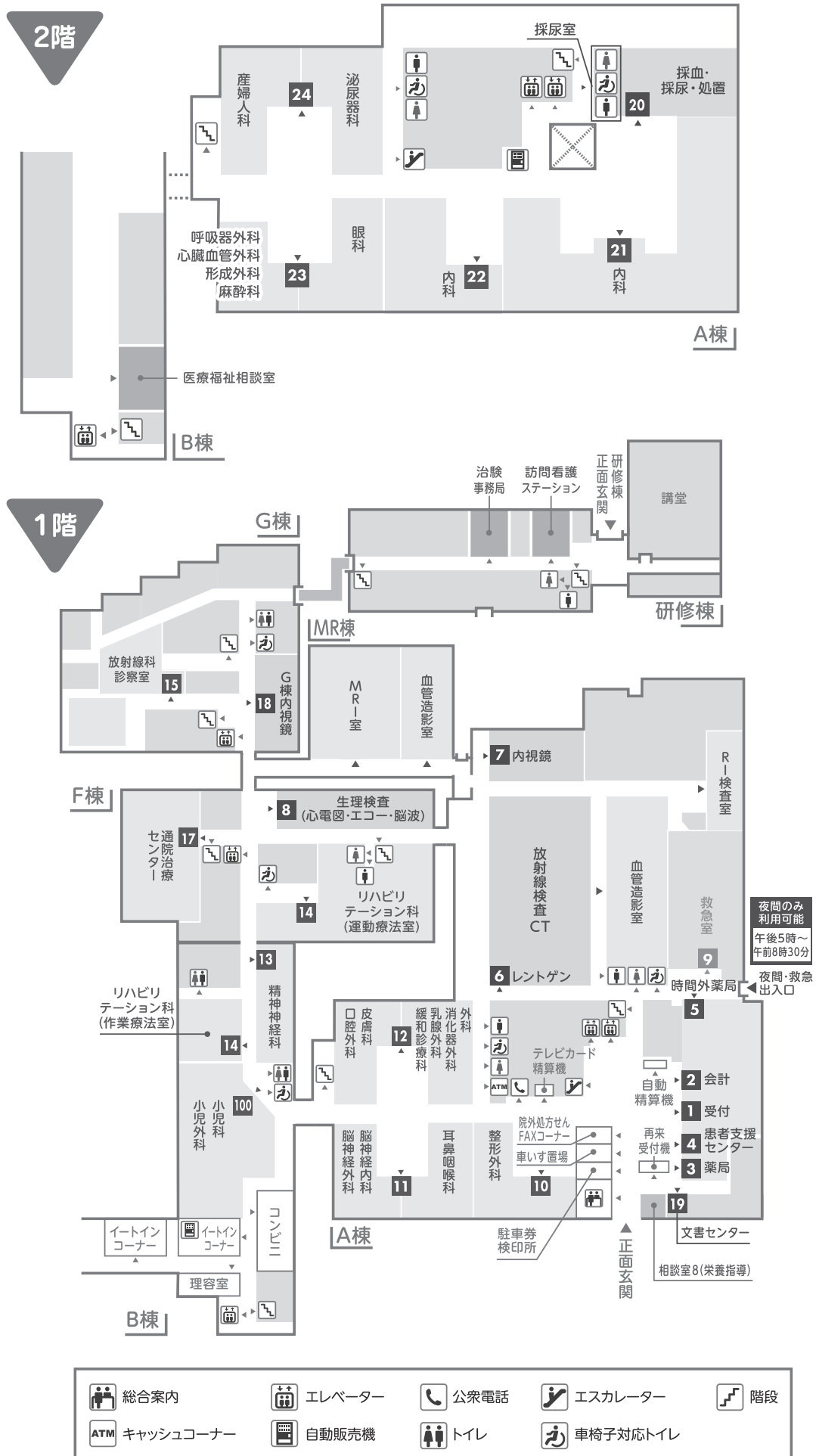
**受診日当日**

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<sup>(※)</sup>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



- |              |        |      |          |    |
|--------------|--------|------|----------|----|
| 総合案内         | エレベーター | 公衆電話 | エスカレーター  | 階段 |
| ATM カッシュコーナー | 自動販売機  | トイレ  | 車椅子対応トイレ |    |