

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。

申込日	令和 年 月 日	医療機関名	所在地
フリガナ		TEL	
患者氏名	① 様	FAX (返信先)	
性別	男 ・ 女	医師名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	診察券番号 (お持ちの場合)	
住所	〒 -	無・有	
		携帯	- -
		自宅	- -

※患者氏名は、マイナンバーカード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	<input type="checkbox"/> 受診希望日あり	第1希望	月 日 曜日	予約日時	⑥ 月 日 曜日
		第2希望	月 日 曜日		時 分
		第3希望	月 日 曜日		
	<input type="checkbox"/> 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。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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願いください。

【貴院からの通信欄】

⑧

地域医療連携課 (直通) TEL : 0476-22-9950

FAX診療申込書 記入の手引き

① 患者氏名は、マイナンバーカード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、電話かWebで予約手続きをするようお願いください。

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)

・ ○○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。

・ FAX診療申込書希望 ○冊