

F A X 予 約 診 療 申 込 書 兼 診 療 情 報 提 供 書

釧路赤十字病院

令和 年 月 日

希望診療科 _____ 科

ご紹介元医療機関様

希望医師名 _____ 先生

所在地

医療機関名

受診希望日

医師名 _____ (印)

第1希望日 月 日

TEL

第2希望日 月 日

FAX

【担当者 _____】

フリガナ				住所 〒 _____
患者氏名	_____ 男 _____ 女			電話 _____
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			携帯 _____
保険者番号				入外区分 入院中 ・ 外来通院中
記号	_____		番号 _____	救急車使用 有 ・ 無
被保険者との続柄	本人 ・ 家族			移動手段 ストレッチャー・車いす・独歩
傷病名				
紹介目的				
既往歴 病状経過 治療経過 現在の処方等				
資料の有無	<input type="checkbox"/> 有 (CD-R・フィルム・検査記録・プレパラートなど)			<input type="checkbox"/> 無

- ※ 予約日時が決まり次第「診療予約受付確認票・外来診療予約票」をFAXいたします。
「外来診療予約票」を患者様にお渡しく下さい。
- ※ FAXの受付は、外来休診日を除き毎日午前8時30分～午後4時00分まで受付しております。
夜間・休日にFAXを送信される場合は0154-22-7176へお願いいたします。
- ※ 緊急性がある場合は、事前に各科医師へ直接連絡した後にFAXを送信してください。

地域医療連携室専用FAX 0154-22-7145

総合病院釧路赤十字病院 医療社会事業課地域医療連携係

TEL (0154) 22-7171 (内線 835・338)