

F A X 診 療 申 込 書 (紹 介 患 者 専 用)

◆ 当院使用欄		(送付先) 八戸赤十字病院 地域医療連携課	
ID		FAX 0178-27-8080 (直通)	
		TEL 0178-27-3111 (代表)	
(受診確定日)	年	月	日 () 時 分

+ 太枠内を全てご記入いただき、診療情報提供書とともにFAXにて送信してください **+**

- お願い**
- ・ 緊急性のある患者さまをご紹介の際は、紹介する診療科の医師と事前にご相談のうえご予約ください。
 - ・ ご予約のキャンセル、日時の変更をご希望の場合は、紹介元医療機関より当院へご連絡をお願いします。

		年 月 日		
受診希望日	①	②	③ (不可日)	
(該当する項目について○でお囲み下さい。)	+ 受診種別：外来受診 ・ ※当日受診 ・ ※入院 (転院)		+ MRI：(可・否)	
	※当日受診、入院 (転院) の場合：医師同士連絡 未 ・ 済 (済の場合 当院医師名：)			
希望受診科 (○でお囲み下さい)	01 消化器科	02 循環器科・腎臓内科	03 呼吸器科・SAS	
	04 外科	05 脳神経外科	06 整形外科	
	07 皮膚科	08 泌尿器科	09 産婦人科・妊婦健診	
	10 小児科	11 耳鼻咽喉科	12 眼科	
	13 精神科	14 放射線科	15 麻酔科 (休診)	
	16 歯科・口腔外科	17 脳神経内科	18 心臓血管外科 (休診)	
	19 糖尿病代謝内科	20 血液内科 (新患受入れ不可)	21 形成外科	
紹介元 医療機関 情報	所在地			
	医療機関名	送信者 情報	所属部署： 担当者名：	
	電話	— —	FAX — —	
患者情報	(フリガナ)			
	患者氏名	(姓) (名)	性別 男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号	自宅 — —	携帯 — —	
住所	〒 —			
保険情報 (別紙添付でも可)	保険者番号	区 分	本人 ・ 家族	
	記号・番号	被保険者氏名		
	高齢者・公費	市町村番号・負担者番号		
		受給者番号		
	資格取得日	年 月 日	負担割合	割

+ 予約日時が決定いたしましたら、FAXでお送りする「受診予約確認書」にてお知らせいたします。 **+**