

高山赤十字病院 診察予約申込書 FAX送信票

FAX:0577-32-1165

紹介元医療機関

申込年月日: 年 月 日

| | | | | | |
|----|------|-----|-----|-----|--|
| 名称 | | | 所在地 | 〒 - | |
| 科 | 医師氏名 | TEL | | | |
| | | FAX | | | |

患者さんの同意のもと、診察予約を申し込みます

| | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| 高山赤十字病院 ID番号 | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---------|-----|--|---|---------|---|--|--|--|--|
| ふりがな | | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | |
| 患者氏名 | 旧姓 | | | | 年 月 日 歳 | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| TEL(自宅) | | | | TEL(携帯) | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|---|---|--------|---------------------------------|
| 受診希望日 | 第1希望 | 月 | 日 | (曜日) | <input type="checkbox"/> 特に希望なし |
| | 第2希望 | 月 | 日 | (曜日) | |
| 特記事項 | | | | | |
| 希望診療科 | <p>※ 内科の場合は下記にチェックして下さい</p> <p>内科 (<input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 一般) <input type="checkbox"/> 循環器内科</p> <p><input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科</p> <p>(産科の場合:母子手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p><input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 放射線科(放射線治療のみ)</p> <p>(ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>※ 心療内科については事前予約受付を行っていません。</p> <p>※ 専門外来・特殊外来を希望の場合、特記事項にご記入下さい。</p> | | | | |
| 希望医師 | <input type="checkbox"/> 希望あり () 医師 <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | |
| 診断名または症状 | | | | | |

※ 詳細は「診療情報提供書」にご記入下さい。

- ①恐れ入りますが、上記の太枠内についてご記入頂き、地域連携係へFAXして下さい。
- ②FAX受信後、「ご紹介患者診察予約通知書」にて予約日時をFAXします。患者さんにお知らせ下さい。
※日時や診療内容により時間を要することがあります。
※業務時間外の受信については、翌診療日の対応になります。
- ③来院時、患者さんに診療情報提供書の原本をお持ちいただくようお願いします。
- ④当日(平日 8:30~17:00)の受診については、地域連携係までご連絡ください。
- ⑤不明な点がございましたら、地域連携係までお問合せ下さい。

| | |
|------------|--------------------------------|
| 【事前予約受付時間】 | 平日 8:30~19:00 土曜 8:30~13:00 |
|------------|--------------------------------|

〒506-8550
岐阜県高山市天満町3丁目11番地
高山赤十字病院 地域連携課 地域連携係
直通FAX 0577-32-1165
直通TEL 0577-35-1880