

# 紹介患者事前申込書

紹介状と併せてFAX送信をお願いします

平成 年 月 日

長岡赤十字病院 病診連携室 宛  
 TEL : 0258-28-3600 (代表)  
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)  
 申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元  
 医療機関名  
 医 師 名  
 TEL :  
 FAX :  
 (担当部署・担当者)

受診診療科にチェックを付けてください

内科 ( <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 総合診療科 ※専門科が不明な場合は総合診療科 ) 小児科 ( <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 心身症 ) <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脊椎脊髄外科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 (整形外科系) <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 精神医学科 <input type="checkbox"/> 歯科・口腔外科	
希望医師	医師 ( 医師間連絡 あり ・ なし ) ※医師間連絡がない場合は、希望医師の診察とならない場合があります
受診希望日	<input type="checkbox"/> 緊急 → 受付時間にかかわらずお受けします <input type="checkbox"/> できれば本日 → 事前予約が必要な診療科はお受けできません <input type="checkbox"/> 日付指定 第1希望 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 第2希望 平成 年 月 日 ( 曜日 ) <input type="checkbox"/> 当院にお任せ ( いつでもよい ・ 日以内に )
紹介目的	
紹介状	申込書に添付 ・ 後で送信 (診療日の前日14:00までにFAX送信をお願いします)

※紹介状と事前申込書を併せてFAX送信できない場合は、必ず紹介目的を記入してください

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男 ・ 女	あり ・ なし
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才 )		(旧姓: )
住 所	〒	電話番号 (日中の連絡先)	
		-	-

保険記入欄

記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		受給者番号	
被保険者 (本人・家族)	負担割合 ( 割 )	公費有効期限	平成 年 月 日まで

- 診療受付時間 **8:30~11:00** (産科・婦人科は**10:30**まで)
- 当日の緊急性のない診療申込は、診療受付時間内に来院いただける場合のみお願いします。
- 予約受付後、「診察受付のご案内」をFAXしますので、内容をご確認のうえ患者様にお渡しください。
- ご不明な点がございましたら病診連携室までご連絡ください(8:30~16:30)