

紹介患者受診申込書

【紹介状と併せてFAX送信をお願いします】

令和 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 平日8：30～16：30

※上記時間外のFAXは翌診療日以降の返信となります

紹介元

医療機関名

医師名

T E L

F A X

担当者

希望診療科にチェックを付けてください

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器（月・火・木・金） <input type="checkbox"/> 循環器（月・水・木） <input type="checkbox"/> 消化器（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 腎臓（月・水・金） <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病（火・水・木 水のみ予約制）	<input type="checkbox"/> 血液（月・火・木・金 火のみ予約制） <input type="checkbox"/> 代謝・内分泌（木・金） <input type="checkbox"/> 感染症（水） <input type="checkbox"/> 腫瘍（月・木 完全予約制）	<input type="checkbox"/> 神経内科（月～金） <input type="checkbox"/> 脳神経外科（月～金） <input type="checkbox"/> 泌尿器科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 緩和ケア科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 整形外科（月～金） <input type="checkbox"/> リウマチ科（木） <input type="checkbox"/> （整形外科系）（完全予約制） <input type="checkbox"/> 小児外科（火・水・木） <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 眼科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 乳腺外科（月・火・金 完全予約制）	<input type="checkbox"/> 消化器外科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 心臓血管外科（月・水・金） <input type="checkbox"/> 呼吸器外科（火・木） <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科（月～金） <input type="checkbox"/> 皮膚科（月～金 完全予約制） <input type="checkbox"/> 形成外科（月・火・水・金） <input type="checkbox"/> 産科（月～金） <input type="checkbox"/> 婦人科（月～金） <input type="checkbox"/> 精神医学科（完全予約制） <input type="checkbox"/> 放射線科（月～金 完全予約制）
-----------------------------	--	--	--	--

※ 臨床遺伝診療部（完全予約制）→ 専用申込書にてお申込みください

診療希望医師：（ ）医師 ※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"/> 本日（受付時間内（平日8:30～11:00）に患者様が当院に到着できる場合）※産科・婦人科は8:30～10:30 申込書と紹介状を連携室へFAXしてください。外来へ確認後、ご連絡いたします。 医師間連絡済の場合、医師名をご記入ください⇒医師間連絡済（ ）医師
	<input type="checkbox"/> 本日（上記以外で緊急性がある場合） 必ず診療科の医師にご連絡ください⇒医師間連絡済（ ）医師 医師間連絡後、申込書と紹介状を連携室へFAXしてください。
	<input type="checkbox"/> 翌日以降（希望の日付をご記入ください） 第1希望 令和 年 月 日（ ）曜日 第2希望 令和 年 月 日（ ）曜日
	<input type="checkbox"/> いつでもよい（ ）
紹介目的	
紹介状	<input type="checkbox"/> 申込書に添付 <input type="checkbox"/> 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）

ご紹介患者様情報

フリガナ		性別	当院受診歴
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 有(ID番号)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ()歳		<input type="checkbox"/> 無
※外国人の場合 国籍	母国語	使用言語	
住所	〒	電話番号（日中の連絡先）	— —
保険者番号		公費負担者番号	
記号番号		受給者番号	
被保険者（本人・家族）	負担割合（ ）割	公費有効期限	年 月 日

予約受付後、「受診のご案内」をFAXいたしますので、内容をご確認のうえ患者様にお渡しください。