

# 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** (直通)

受付時間 : **平日8：30～16：30 (FAXは24時間受信可)**

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。

電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

●希望する診療科にチェックを付けてください

内科	※総合診療科は廃止 (R6.4)		<input type="checkbox"/> 神経内科 (月～金)	<input type="checkbox"/> 消化器外科 (完全紹介予約制)
			<input type="checkbox"/> 脳神経外科 (月～金)	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科 (月・水・金)
			<input type="checkbox"/> 泌尿器科 (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科 (火・木)
			<input type="checkbox"/> 緩和ケア科 (月・水～金) (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 (完全紹介予約制)
			<input type="checkbox"/> 整形外科 (紹介制)	<input type="checkbox"/> 皮膚科 (完全紹介予約制)
			<input type="checkbox"/> リウマチ科 (火・水・木) (整形外科系) (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 形成外科 (月・火・水・金)
			<input type="checkbox"/> 小児外科 (火・水・木)	<input type="checkbox"/> 産科 (月～金)
			<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 婦人科 (月～金)
			<input type="checkbox"/> 眼科 (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 精神医学科 (申込停止中)
			<input type="checkbox"/> 乳腺外科 (月・火・金) (完全紹介予約制)	<input type="checkbox"/> 放射線科 (月・水・金) (完全紹介予約制)
		※ 臨床遺伝診療部 (完全紹介予約制) → 専用申込書にてお申込みください		
		<input type="checkbox"/> 本日 ※事前に電話連絡をお願いします。		
		① 受付時間内 (平日8:30～11:00 ※産科・婦人科は10:30まで) に患者さんが到着できる場合 各科外来に確認し、受診可能か回答させていただきます。 医師間で連絡済の場合、ご記入ください ⇒ 【連絡済】 医師		
		② 上記受付時間外で緊急性がある場合 <b>必ず診療科の医師に「直接ご連絡（電話）」ください ⇒ 【連絡済】 医師</b> 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 その他 ( )		
紹介目的				
<input type="checkbox"/> 申込書に添付 <input type="checkbox"/> 後で送信 (診療日の2日前までにFAX送信をお願いします) <b>※薬剤情報必ず添付</b> 画像データ (CD-R) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <b>※画像データは事前に郵送をお願いします。</b>				
フリガナ 氏名			性 别	当院受診歴
			男 ・ 女	有 ID番号
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		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	

予約日時を確定し、「受診のご案内」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。