

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。

紹介元

医療機関名

診療科

医師名

T E L

F A X

担当者

●希望する診療科にチェックを付けてください

☐ 内科		☐ 神経内科 (月～金)		☐ 消化器外科 (完全紹介予約制)	
☐ 呼吸器 (月. 火. 木. 金)		☐ 血液 (月. 火. 木)		☐ 脳神経外科 (月～金)	
☐ 循環器 (月. 水. 木)		☐ 代謝・内分泌 (木. 金)		☐ 泌尿器科 (完全紹介予約制)	
☐ 消化器 (完全紹介予約制)		☐ 感染症 (水)		☐ 呼吸器外科 (火. 木)	
☐ 腎臓 (月. 水. 金)		☐ 腫瘍 (月. 木. 金 完全紹介予約制)		☐ 緩和ケア科 (月. 水～金 完全紹介予約制)	
☐ リウマチ・膠原病 (火. 水. 木 完全紹介予約のみ)		☐ 整形外科 (紹介制)		☐ 耳鼻咽喉科 (完全紹介予約制)	
☐ 小児科 ※令和7年5月7日より完全紹介予約制		☐ リウマチ科 (整形外科系) (月. 水. 木 完全紹介予約制)		☐ 皮膚科 (完全紹介予約制)	
☐ 一般 (月～金)		☐ 小児外科 (火. 水. 木)		☐ 形成外科 (月. 火. 水. 金)	
☐ 循環器 (月. 火. 水. 金)		☐ 歯科口腔外科 (完全紹介予約制)		☐ 産科 (月～金)	
☐ 心身症 (完全予約制・月～木)		☐ 眼科 (完全紹介予約制)		☐ 婦人科 (月～金)	
☐ 希望医師		☐ あり		☐ 精神医学科 (申込停止中)	
		☐ なし		☐ 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	
受診希望日		☐ 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 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 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。 ☐ 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) ☐ いつでもよい その他 ()			
紹介目的					
紹介状		☐ 申込書に添付 ☐ 後で送信 (診療日の2日前までにFAX送信をお願いします) ※薬剤情報必ず添付 画像データ (CD-R) ☐ あり ☐ なし ※画像データは事前に郵送をお願いします。			
フリガナ氏名		性 別		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。

2025.4