

紹介患者診療予約申込書

医療法人溪和会 江別病院

申込日(FAX送信日):
紹介元
医療機関名
郵便番号
所在地
診療科
医師名
電話番号
FAX番号

医療連携室 行

FAX番号:011-382-2050(連携室直通)

FAXは24時間受信可能です。平日は16:30以降、第1、3、5土曜日

11:30以降にFAXをいただいた場合は、翌診療日に返信いたします。

※当日受付時間外の御依頼・緊急依頼の場合にはDr.to Dr.での御連絡をお願いします。

電話番号(代表)011-382-1111 へ発信し、電話交換自動音声ガイダンス「8」を押してください。

【予約の流れと注意事項】

- ①本紙に必要事項を記入願います。
- ②予約を希望する診療科・担当医を入力願います。特に希望のない場合は、担当医の記入は不要です。
- ③本紙及び診療情報提供書(別紙)を上記FAX番号へ送信してください。
- ④患者様が貴院外来で待っている場合には30分以内を目処に当院より受診予約表を返送いたしますが、時間を要する場合はその旨を電話でご連絡させていただきます。
- ⑤診療情報提供書の原本・検査結果・CD-Rは当院の該当診療科に事前にご郵送いただくか、患者様にお渡しください。

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢	歳
患者氏名			電話番号		
住所	〒				
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定:)				
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 事前郵送 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 受診後返却				

希望診療科		医師	
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 最短予約日		
第1希望日時	別途希望があれば ご記入ください。		
第2希望日時			
第3希望日時			

主訴または傷病名・紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書後日送付
※診療情報提供書を同時にお送りいただけない場合のみ、必ずご記入ください	

【溪和会江別病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

患者ID _____ 医師名 _____ 予約日時 _____ 来院時間 _____ 受付日 _____

〒069-0817 北海道江別市野幌代々木町81-6 溪和会江別病院 医療連携室

診療情報提供書

申込日 (FAX送信日):

紹介元

医療機関名

郵便番号

所在地

診療科

医師名

電話番号

FAX番号

医療法人溪和会 江別病院

〒069-0817 北海道江別市野幌代々木町81-6

診療科名

医師氏名

先生御机下

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢	歳
患者氏名			電話番号		
住所	〒				

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状、治療経過および検査結果

現在の処方 お薬手帳のコピー 有 無

お薬手帳のコピーがある際は、記載は不要です