

受診予約申込書

紹介先医療機関

水戸赤十字病院

申込日 年 月 日

科 先生 紹介元
医療機関名
[受診希望日] 第1希望 月 日 所在地
第2希望 月 日 TEL番号
[ご都合の悪い日] FAX番号
[予約通知] 至急・本日中に希望 医師氏名
水戸赤十字病院受診歴 無・有(ID) *保険証のコピーをFAXでも可

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担者番号		受給者番号		負担割合 割

健康保険外 { 生保・自賠・労災・公災・その他() }

フリガナ		生年月日	年齢	男・女
患者氏名		明・大・昭・平	年 月 日 歳	

住所	〒 - - 電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)		
----	------------------------------------	--	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼	<input type="checkbox"/> 入院希望 (有・無)	*入院の可否は診察後決定します
------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------

来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
--------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------

受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	⇒入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参願います
---------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------

<依頼内容>

*当申込書と貴院の診療情報提供書をFAX送信くださいますようお願いいたします。

<< 予約通知 >>

診察予約日 年 月 日 () 時 分

診療科 科

担当医師 医師

患者ID:

【診察受付時間】 平日 午前8時30分～午前11時

【休診日】 土曜日 日曜日 祝日

創立記念日(5月1日) 年末年始(12月29日～1月3日)

【地域医療連携課】 TEL: 029-233-5001

FAX: 029-233-3050 予約FAX受付時間: 平日8:30～16:50

*受付時間外と休診日のお申し込みについては、翌診療日の対応となります。

★ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸赤十字病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですが上記紹介元医療機関宛、お知らせくださるようお願いいたします。