

## 診療予約申込書(診療情報提供書)

〒078-8211 旭川市1条通24丁目111-3 紹介元医療機関

JA北海道厚生連旭川厚生病院

地域医療連携室 宛

電話 0166-33-7575(直通)

FAX 0166-33-8233(直通)

名称

住所

医師氏名

電話

FAX

フリガナ			性別	当院受診歴
患者氏名			男・女	有・無
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)			
患者住所	〒			
連絡先	自宅： 携帯： 家族： ※必ず平日の日中に連絡のとれる連絡先をご記入願います。(続柄 )			
希望診療科	科 希望医師がいる場合		医師	
希望受診日時	① 年 月 日 時 分	② 年 月 日 時 分		
受診日程調整	<input type="checkbox"/> 患者様(ご家族)と調整 ※電話での対応が可能な方に限ります			
	<input type="checkbox"/> 貴院経由にて調整 → <input type="checkbox"/> 外来で返事(予約票)を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中			
予約票の送付	<input type="checkbox"/> 貴院へFAXする ※電話での対応が可能な方に限ります			
	<input type="checkbox"/> 患者さん宅へ郵送する(現在、郵送には日数を要するため早急な受診が必要のない方に限ります)			
患者の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

## 【ご記載にあたり】

貴院の診療情報提供書を使用される場合、下記の記載は不要です。本紙と一緒にFAXにて送信してください。

また、お忙しい時間帯は可能な範囲でご記載いただきFAXいただくか、お電話にてご予約を先にお取りします。

診療情報提供書は、当日中に、FAXしてください。

傷病名	
紹介目的	
既往歴・家族歴	※ 産婦人科の診療を申し込まれる際は、必ず以下をご確認願います。 脳神経外科・精神科・心療内科に関する既往歴 { 無・有 ( ) }
症状・治療経過・検査結果・服薬情報など	

※ 診療情報提供書の原本と検査や画像データは、受診当日患者さんにご持参いただきますようお願いいたします。

※ 予約の受付時間は、8:30～16:30です(16:30以降のお申し込みは、お返事が翌日になります)。