

受診予約依頼票（FAX送信票）

令和 年 月 日

社会医療法人北斗
北斗病院 / 北斗クリニック
患者サポートセンター 地域医療連携室行
FAX番号 0155-47-3083
受付時間 平日9:00~17:00、土曜9:00~12:00

医療機関名
住所
医師名
電話番号
FAX番号
担当者名

【受診希望科】

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科・リウマチ科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 総合診療科 | <input type="checkbox"/> 核医学診断科（PET） |
| <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 放射線治療科 |
| <input type="checkbox"/> リンパ浮腫外来 | <input type="checkbox"/> 甲状腺外来 | <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

【受診希望日】

（第1希望） 月 日 （第2希望） 月 日 （第3希望） 月 日

- 受診希望日なし 都合の悪い日・曜日など（

【患者情報欄】

ふりがな	生年月日
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所 〒	
電話番号	北斗受診歴
自宅以外の連絡先（携帯等）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
保険証番号	記号・番号 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族

傷病名（主訴）	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちしてます <input type="checkbox"/> 帰宅しています <input type="checkbox"/> 入院中（退院予定日） <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャーが必要
連絡事項	

- ◎ 必要事項をご記入頂き、診療情報提供書と一緒に上記FAX番号へ送信ください。
◎ 予約日時の調整がつき次第「外来予約確認票」をFAXにて送信いたしますので患者様にお渡し下さい。
◎ 調整に時間を要する場合はご連絡いたします。
◎ ご不明な点がありましたら **0155-47-3093**（連携室直通）までお問い合わせください。

- ※ 申込当日の受診予約はできません
※ 救急を要する場合、急性期での転院につきましてはDr.toDr.となっております。