

【紹介患者用】 外 来 診 療 申 込 書

事務記入用

*下記の太線内について、ご記入をお願いします。

受診希望日	令和 年 月 日 ()																										
希望受診科 (該当番号を“○”で 囲んでください)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
	内科 (総合診療)	腎臓内科	代謝内科	血液内科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科・ 肝胆膵	消化器内科・ 消化管	循環器内科	精神科	小児科	消化器外科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	*放射線科	
*CT・MRI検査・診断 のみのご依頼は“26” を選択してください																											
医師指定 : なし ・ あり → 医師名 :																											
傷病名または主症状																											
希望検査項目																											
*26 放射線科選択時、下記の①②について、“○”で囲んでください。 CT・MRI検査希望の場合 ①ペースメーカー (有 ・ 無) ②植込み型除細動器 (有 ・ 無)																											
紹介元医療機関 所在地 〒 _____ - _____ 施設名 _____ 医師名 _____ 先生 TEL : _____ - _____ FAX : _____ - _____																											
(フリガナ)														性 別		男 ・ 女											
患者氏名														*当院の受診歴はありますか? 無 ・ 有 → 年 月													
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令					年 月 日										年 齢		歳									
住 所	〒 _____ - _____					TEL : _____ - _____																					
職 業 (勤務先)																											
備 考																											

*受診予約が取れましたら、FAXで予約票を送信しますので、受診者へお渡しください。

〒010-1495

秋田市上北猿田字苗代沢222番地1

秋田赤十字病院 [地域医療連携課]

TEL : 018-829-5233 (直通)

FAX : 018-829-5222 (専用)