

日本赤十字社和歌山医療センター 予約センター 宛

TEL : 0120-936-385 FAX : 0120-937-510

受付時間 : 平日 午前9時~午後7時 土曜 午前9時~午後1時

診察予約申込書

申込日 年 月 日

診察日	<input type="checkbox"/> 希望なし		依頼者	<input type="checkbox"/> 医師 ・ <input type="checkbox"/> 患者本人		
緊急性 (医師の見解)	<input type="checkbox"/> 病状より2~3日中の診察を要する * お急ぎの場合は、 <input type="checkbox"/> をお願いします。		医療機関名			
第1希望	月	日 ()	医師名			
第2希望	月	日 ()	住所			
第3希望	月	日 ()	(TEL) (FAX)			
診療科名	<input type="checkbox"/> 科 <input type="checkbox"/> がんセンター		*出来る限り診療科・医師の指定をお願いします。 *診察希望日・医師等のご希望にそえない場合は、こちらからご連絡させていただきます。			
診察医師	<input type="checkbox"/> 希望医なし 医師					
患者様情報	本センター受診歴	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明				
	患者ID番号	□□□□□ - □□ (本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)				
	フリガナ		男 ・ 女	M・T	年	月
	氏名			S・H		
	住所	〒 -				
		自宅 : ()		-	携帯 : - -	
		FAX : ()		-		
	紹介目的 (症状・病名等)					
認知機能	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり(軽度) <input type="checkbox"/> 認知症あり(重度)					
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり→来院方法 ()		状況	<input type="checkbox"/> 貴院外来通院中 <input type="checkbox"/> 貴院入院中		

- * 申込みは、希望日前日(月曜日の場合は前週土曜の午後1時)の午後7時までをお願いします。
- * 受付時間外のFAXは、翌日以降の対応となりますのでご了承下さい。
- * FAX受診後、概ね15分程度で折り返し診察予約通知書を送信させていただきます。
- * セカンドオピニオン外来はこの様式では対応しておりません。