

# 大分赤十字病院診察予約申込書 (FAX専用)

申込日 年 月 日

受診希望 診療科	科 <input type="checkbox"/> 外来担当医師 <input type="checkbox"/> 医師	依頼医療機関 住所 TEL・FAX 医師氏名
	担当医師への連絡 済・未 連携室への連絡 済・未	

ふりがな 患者氏名	(男・女)	住所 〒 -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	TEL (自宅) - - (携帯) - -
公費負担者番号		保険者番号
受給者番号		被保険者証の記号番号
保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	被保険者名
		続柄(本人・家族)

※保険情報は保険証のコピーをFAXしていただく場合は記入不要です。

受診(予定)日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ( )	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 未定(後日必ず受診日をご連絡下さい)	A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 受診日当日の入院 <input type="checkbox"/> その他の検査(内容: ) 時 分 予約済 (11時以降の診察・当日の入院依頼につきましては事前に医師にご連絡をお願いします。代表TEL 097-532-6181)		
	<input type="checkbox"/> 放射線科検査(事前に電話でのご予約をお願いします) [ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ( ) (撮影部位: ) 造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 当院Dr判断]		
傷病名 紹介目的			

※患者様にお持ち頂くもの

- ①紹介状(診療情報提供書(様式2)) ②保険証 ③診察カード(大分赤十字病院の診察カードをお持ちの場合のみ) ④お薬手帳

## ※受付時間

午前8時30分～11時に1階新患者受付(1番)にお越しくださるようお伝えください。

## 大分赤十字病院 医療連携・患者支援センター

<p>予約受付時間 平日 8:30～17:00 時間外・土・日・祝日・創立記念日(5月1日)を除きます 上記時間帯は連携職員待機 上記時間帯以外は翌日対応となります</p>
--

FAX 097-513-5270 (直通)  
TEL 097-540-6167 (直通)  
TEL 097-532-6181 (代表)

時間外の救急患者の紹介に関しては救急外来にご連絡をお願いします。

FAX 097-532-6267 (救急外来直通)  
TEL 097-532-6181 (代表)