

外来診療申込書（事前予約） 医科歯科兼用

FAX送信用

足利赤十字病院

科

医師

貴 院 情 報	名称と所在地
	電話番号
	F A X 番号
	医師名

医療機関スタッフ記入欄

今回のご紹介について（簡易記載） ※該当の際は○で囲んでください → （現在入院中）

傷病名 (精査 診察 入院 手術 検査他)

(障害 : 無 ・ 有 → 視覚 聴覚 運動 言語
その他 ()

※ 上記ID番号の確認できる方、紹介状をすぐにFAXできる方はお電話のみで予約をお取りできます。その場合、こちらの用紙の送信は不要です。紹介状のみFAX願います。

患者様記入欄

・下記の日くに受診できる日に○を3日以上つけてください。

(歯科口腔外科は月、水、金になります。土曜日は全ての診療科で予約不可となります。)

_____ 月 _____ 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

_____ 月 _____ 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

足利赤十字病院 ID番号

または不明

フリガナ

※旧姓

氏名

様

性別

男 ・ 女

生年月日

大正 昭和

平成 令和

年

月

日

(

才)

現住所

都 府
道 県

郡 町
市

町

番地

電話番号または携帯番号

-

-

保険証と在留カード（外国籍）のコピーを添付願います。

※ ご来院の際は、直接該当する診療科の受付までお越しください。

また、当日は**診療情報提供書（紹介状）**と**保険証と身分証明**を忘れずにご持参願います。

予約票を折り返しFAX送信いたしますので患者さまにお伝えください

事前予約 F A X 番号

0 2 8 4 - 2 1 - 4 1 3 5