

# 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：平日の午前9時～午後7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 checked="" 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	科	*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	M・T	年 月 日生
	氏名		女	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末）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。
- \* ご不明な点がございましたら「予約センター」までお問い合わせ下さい。