受診予約依頼票（FAX送信票）

令和　　年　　月　　日

社会医療法人北斗
北斗病院 ／ 北斗クリニック
患者サポートセンター 地域医療連携室行

FAX番号　0155-47-3083
受付時間　平日9:00～17:00、土曜9:00～12:00

医療機関名
住　所
医 師 名
電話番号
FAX番号
担当者名

【受診希望科】

☐ 脳神経外科　☐ 消化器外科　☐ 総合診療科　☐ 整形外科・リウマチ科
☐ 脳神経内科　☐ 消化器内科　☐ 泌尿器科　☐ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
☐ 乳腺外科　☐ 眼科　☐ 甲状腺外来　☐ 核医学診断科（PET）
☐ 歯科口腔外科　☐ 小児科　☐ 放射線治療科　☐ セカンドオピニオン
☐ リンパ浮腫外来　☐ 心血管・不整脈センター （循環器内科・心臓血管外科）
☐ その他（　　）

【受診希望日】

（第１希望）　月　日　（第２希望）　月　日　（第３希望）　月　日

☐ 受診希望日なし　☐ 都合の悪い日･曜日など（　　）

【患者情報欄】

ふりがな 患者氏名	☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年　月　日
住　所　〒			
電話番号		北斗受診歴	
自宅以外の連絡先（携帯等）		☐ あり　☐ なし　☐ 不明	
保険証番号	記号・番号	☐ 本人　☐ 家族	

傷病名（主訴）			
紹介目的	☐ 検 査	☐ 診 断	☐ 治 療　☐ 手 術
患者の状況	☐ 外来でお待ちしてます	☐ 帰宅しています	☐ 入院中（退院予定日　　）
	☐ 歩行可能	☐ 車椅子を使用	☐ ストレッチャーが必要
連絡事項			

◎ 必要事項をご記入頂き、診療情報提供書と一緒に上記FAX番号へ送信ください。
◎ 予約日時の調整がつき次第「外来予約確認票」をFAXにて送信いたしますので患者様にお渡し下さい。
◎ 調整に時間を要する場合はご連絡いたします。
◎ ご不明な点がありましたら　0155-47-3093（連携室直通）までお問い合わせください。

※ 申込当日の受診予約はできません
※ 救急を要する場合、急性期での転院につきましてはDr.toDr.となっております。