

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: 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 | ☐ 皮膚科 | ☐ 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	生 年 月 日		
患者氏名	☐ 男 ☐ 女	☐ 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、改めてご連絡いたします。
- ◎ ご不明な点がありましたら TEL: **0155-47-3093**（連携室直通）までお問い合わせください。

※ 予約依頼当日に受診希望の際は、予約なしで診療時間にお越し頂いております。（予約は翌日以降となります。）

※ 救急を要する場合、急性期での転院につきましては Dr.toDr. 当院担当医師へ電話をおつなぎ致します。