

診療予約申込書（眼科専用 FAX送信票）

令和 年 月 日

旭川医科大学病院

地域医療連携室 宛

【(紹介元)医療機関】

FAX : 0166-69-3044

住 所

TEL : 0166-69-3055

医療機関名

主治医

FAX : ()

TEL : ()

眼科

受診希望日時

① 年 月 日 () 時 分 頃

② 年 月 日 () 時 分 頃

旭川医科大学病院受診歴 (有・無・不明)

※ 救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず、直接眼科外来(0166-69-3860)にお問い合わせください。

* 患者さんの二重登録防止のため、結婚等で改姓された方は旧姓も記載ください。

フリガナ	旧姓()	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男 ・ 女
患者氏名				
住 所	〒	電 話 携帯電話	() -	

傷病名(主訴)

紹介目的 手術目的 検査目的(手術適用の可否等) 精査・加療(治療)
 その他 ()

(連絡事項等)

* 紹介状原本は患者さんにお渡し、受診当日にお持ちいただくことをお伝えください。

① この申込書に必要事項をご記入の上、受診希望日の前診療日午後4時までにFAXにてご連絡ください。

② FAX受信後、予約日時が決定した後、予約連絡票にて貴院へ返信します。

[☆患者さんへの連絡方法について、下記の □ 欄にチェック願います。]

③ 予約受付時間外<平日16時15分以降・土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)>のお申込みについては、翌診療日での対応となりますので、ご注意ください。

※下記の □ 欄にチェック願います。

患者さん状況

 お待ちしています(FAX待ち)

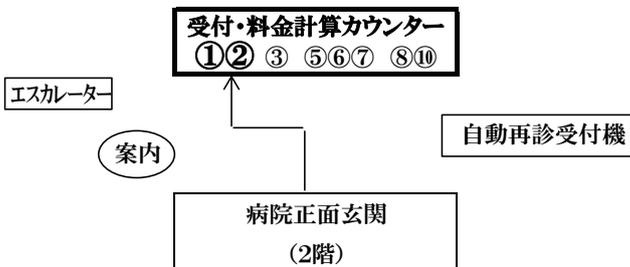
予約日時の連絡方法

 帰宅しています・・・自宅・携帯以外の連絡先があれば記入してください。[旭医大から連絡してください] () -[当院(紹介元)から連絡します]

【眼科 予約決定通知書】

受診日： 令和 年 月 日 () 時 分 頃

※ 受診当日は、病院正面玄関からお入りになり、受付カウンター①番又は②番窓口へ予約時間までにお越しください。

「診療情報提供書(紹介状)」 「診療券(受診歴のある方)」
「保険証」「各種医療受給者証」「お薬手帳」を持参してください。