

予 約 申 込 書

〒078-8510

【医療機関】

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

住 所

旭川医科大学病院

名 称

地域医療連携室 宛

主治医

FAX: 0166-69-3044

FAX: ()

TEL: 0166-69-3055

TEL: ()

フリガナ

患者氏名

様

性別

男・女

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日

(歳)

住 所

電話番号

— —

希望受診日時①*2

年

月

日

時

希望診療科*1

希望受診日時②*2

年

月

日

時

患者さんの状況

現在外来で返事（予約連絡票）を待っている帰宅済みその他

*1 診療科が不明な場合は空欄にしてください。*2 希望受診日がない場合は空欄にしてください。

診 療 情 報 提 供 書

傷病名

依頼目的

既往歴・家族歴

症状経過・検査結果など

- 本用紙は、患者さんのカルテを事前に作成し、来院時に患者さんをお待たせしないための予約申込書です。
- 希望診療科のご指定がない場合は、提供された診療情報をもとに判断させていただきます。
- **本用紙をFAXでお送りください。**受診日が決まりましたら「予約連絡票」をFAXで返信しますので、患者さんにお渡しください。
- **本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合（即日入院の可能性のある場合）、転院等に関しては、事前に担当科の医師に電話（0166-65-2111）でご相談願います。**