**ＦＡＸ　0166-69-3044**

令和 年 月 日

外 来 診 療 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

**患者総合サポートセンター地域連携部門 宛**　　　　 主治医

**FAX: 0166-69-3044** ＦＡＸ：　　　 (　　　)

TEL: 0166-69-3055 　 ＴＥＬ：　　　 　 (　　　)

|  |
| --- |
| **フ リ ガ ナ**  　　　　　　　　　　　 様　性別 男 ・ 女 受診歴　有 ・ 無 ・ 不明  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。

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 依頼目的 |
| 既往歴・家族歴 |
| 症状経過・検査結果など　□別紙診療情報提供書参照  ◆医大病院受診の経過や結果について、文書での報告を希望しますか？　　□はい　□いいえ  ◆医大病院で治療終了後、フォローをお願いできますか？　　　　　　　　　 □はい　□いいえ |

〇 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。

〇 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。

〇 **本用紙をＦＡＸでお送りください。**受診日が決りましたら「診療予約連絡票」をＦＡＸで返信しますので，

患者さんにお渡しください。

〇 **本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合（即日入院の可能性がある場合）、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。**

2024.4