

FAX 0166-69-3044

外来診療予約申込書

旭川医科大学病院

患者総合サポートセンター地域連携部門 宛

F A X : 0166-69-3044

T E L : 0166-69-3055

【(紹介元) 医療機関】

住 所

医療機関名

主 治 医

担当部署・担当者：

F A X : () -

T E L : () -

◆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、直接、担当科の医師に電話(0166-65-2111)でご相談願います。

* カルテの二重登録防止のため、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	男
患者氏名	当院受診歴 (有・無・不明)		年 月 日	
住 所	〒	電 話	() -	女
		携帯電話	() -	

連絡事項	<input type="checkbox"/> 予約日の希望 (月 日・ 月 日) <input type="checkbox"/> 曜日の希望 (曜日) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日など () <input type="checkbox"/> その他の要望 ()
------	---

希望診療科	科	紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()
傷病名(主訴)			
症状経過・検査結果など	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照		
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 医大病院で治療終了後、フォローをお願いできますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
医師間で連絡済みの場合	旭川医大病院 科の	先生に予約日時連絡済み	予約日時 月 日 () 時 分 ※時間の記入がない場合は、10時の予約となります。

* こちらの指示がない限り、紹介状原本は患者さんにお渡しし、受診当日にお持ちいただくことをお伝えください。

○ 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の午前中までにFAX送信をお願いします。

○ 予約日時が決定した後、診療予約連絡票にて貴院へ返信しますので、患者さんへお渡しください。

* 診療予約連絡票の返信まで、数時間・診療科によっては数日かかりますのでご了承ください。

○ 午後・土・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、翌診療日に対応します。

○ 当院ではWeb予約システムの利用を推奨しています。24時間365日受付(診療科によってはFAXのみ)

* 詳細については患者総合サポートセンター地域連携部門ホームページを参照してください。

2026年4月