

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

患者氏名

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。

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 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

- 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「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。
- **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。**