

東京かつしか赤十字母子医療センター FAX予約診療申込書

医療連携室 宛 FAX番号:03-5876-3219(直通)

〒125-0051 東京都葛飾区新宿3-7-1 TEL:03-5876-3511(代表)

※受付時間:月曜日～金曜日 9:00～16:00 (土曜・日曜・祝祭日・年末年始 12月29日～1月3日 除く)

受付時間を過ぎたお申し込みは、翌診療日の回答となります。

【紹介元情報】

医療機関名			
ご担当医名		診療科名	
電話		FAX	

【患者情報】

フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名		生年月日		年 月 日(歳 カ月)
電話	自宅	携帯電話		
言葉(外国人)	<input type="checkbox"/> 日本語OK <input type="checkbox"/> 日本語NG <input type="checkbox"/> 通訳者有 (通訳者がいれば可能)			

【診療内容】

診療科	<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科(フォローアップ) <input type="checkbox"/> NICU					
受診希望日	第一希望	月	日()	時頃	<input type="checkbox"/> 最短日希望	<input type="checkbox"/> 希望なし
	第二希望	月	日()	時頃		
傷病名						
紹介目的						
連絡事項	事前に診療情報提供書をFAXでお送りください。 申込み時点の患者の状況 <input type="checkbox"/> 待っている <input type="checkbox"/> 帰宅					
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 患者持参		※後日郵送・FAXの場合、原本は連携室宛にご提出願います			

【東京かつしか赤十字母子医療センター 記入欄】

予約日時が決まりましたので、FAXさせていただきます。

予約日時: 年 月 日() : ~

予約時間の15分前に受付までお越し下さい。

【ご持参いただくもの】

紹介状(診療情報提供書) 健康保険証 各種公費医療券(お持ちの方のみ)