

# 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名				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 第二希望 月 日( ) 時頃 <input type="checkbox"/> 最短日希望 <input type="checkbox"/> 希望なし
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)