

創傷ケア外来予約申込書 (FAX用)

医療・地域連携課 FAX番号：03-3400-0193

※当日のご予約、再診、患者さんからのご予約はお受け出来ません。
予約受付は前日の午後3時までとさせていただきます。

医療機関名

医師名

日本赤十字社医療センター 医療・地域連携課 行

住所

電話番号

FAX番号

※下記の太枠内をご記入の上、医療・地域連携課へFAXしてください

【申込日 月 日】					
希望日時（当日申込・再診の予約はできません／予約状況によってはご希望に添えない場合があります）					
(第一希望)	月 日	13:30	(第二希望)	月 日	13:30
		14:00			14:00
ふりがな ----- 患者氏名	生年月日	年 月 日	男・女		
※旧姓の記入もお願い致します⇒（旧姓： ）					
住所 〒		自宅 携帯			
当センター受診歴（事前に患者さんにご確認ください）	無・有（科）	日赤医療センターID（お持ちの場合）			
【患者さんの基本情報をご記入ください】 ※他院入院中のかた・入院の必要のあるかた・透析中で入院の必要のあるかたは、当院医師とご相談の上のご予約となります。ご承知ください。					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 通院中			
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
血液透析	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
傷の有無	<input type="checkbox"/> あり（傷の部位 <input type="checkbox"/> 両足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> その他「 」）		<input type="checkbox"/> なし		
受傷の期間	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 3か月未満			
入院の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
(その他特記事項)					

日赤医療センター記入欄

○下記のご予約をお取りしました 月 日

予約日 月 日 時 分 創傷ケア外来初診枠

※当日は紹介状、保険証、（お持ちならば診察カード）をお持ちになり、予約時間の15分前までに
診察カードをお持ちのかたは再来受付機⇒ 階 外来受付 までお越し下さい。
診察カードをお持ちでないかた ・ 初診のかたは初診受付