

**診察・検査予約申込書（FAX用）**  
 医療連携課 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。  
 予約申込の受付はご予約希望日の1日前の平日15時までとなります。

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

※本申込書の黄色の枠内はすべて  
 必須項目となります。  
 ご記入のうえ、医療連携課へ  
**紹介状と一緒に**FAXしてください。

医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	
FAX番号	

**診察・検査**

を希望します

☐をつけてください。

申込日	月	日	※必ず患者さんが当日持参される紹介状の発行元医療機関からご予約をお申し込みください。								
ふりがな				生年月日	明治 昭和 令和	大正 平成 西暦	年	月	日		
患者氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性						
※旧姓の記入もお願い致します⇒ 旧姓：				日本語での会話		可・不可					
住所	〒			-			ご連絡先： <input type="checkbox"/> ご本人 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
				自宅Tel							
				携帯Tel							
当センター受診歴	有・無		当センター 診察券番号				緊急性（数日以内の受診が必須）	有・無			
診 察 予 約	【ご希望の日時・診療科・医師名をご記入ください】 ※予約状況によってはご希望に添えない場合があります				事前にお電話での仮予約の有無		有・無				
					仮予約「有」の方は仮予約日時を備考欄にご記入ください。						
	第一希望	月	日	時頃	第二希望	月	日	時頃			
	診療科			科			医師名				
検 査 予 約	【ご希望の検査項目・部位に☑をつけてください】				事前にお電話での仮予約の有無		有・無				
					仮予約「有」の方は仮予約日時を備考欄にご記入ください。						
	MR検査	単純のみ	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> ブラークイメーシング（頸動脈） <input type="checkbox"/> 冠動脈								
		<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 骨盤部					
	CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 大動脈					
		シンチグラム				<input type="checkbox"/> 脳血流（IMP） <input type="checkbox"/> 脳血流（ECD） <input type="checkbox"/> 脳血流（ダットスキャン） <small>※上記以外の検査については一度診察にお越しいただき外来にてご相談ください。</small>					
	超音波検査 <small>※別途医師の診察が必要となります。</small>				<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー（検査は水曜日PMのみ・診察予約は翌週になります） <input type="checkbox"/> 腹部エコー						
内視鏡検査※注①)				<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡	希望 <input type="checkbox"/> 内科 診療科 <input type="checkbox"/> 外科	希望 医師					
※注①) 下記にチェックをお願い致します。 患者さんにスムーズに検査を受けていただくため、紹介元医療機関にて内視鏡検査について十分な説明を行った。						<input type="checkbox"/> はい					
備考欄											

日赤記入欄

○下記のご予約をお取りしました。 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【予約日】 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分    検査：\_\_\_\_\_ 検査  
 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分    診察：\_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

※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20分前までに  
 1階 紹介状受付までお越しいただくよう患者さんへご案内ください。

診察・検査予約申込書 (FAX用)

医療連携課 FAX番号 : 03-3400-0193

記入例

※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。  
予約申込の受付はご予約希望日の1日前の平日15時までとなります。

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

※本申込書の黄色の枠内はすべて  
必須項目となります。  
ご記入のうえ、医療連携課へ  
**紹介状と一緒に**FAXしてください。

診察および検査

を希望します

医療機関名	●●クリニック
医師名	●● ●● (紹介状発行医師)
住所	(クリニック所在地)
電話番号	クリニック電話番号
FAX番号	※本申込書を返送いたしますので必ずご記入ください。

申込日 1 月 4 日 ※必ず患者さんが当日持参される紹介状の発行元医療機関からご予約をお申し込みください。

ふりがな	にっせき たろう			生年月日	昭和 10 年 5 月 1 日	
患者氏名	日赤 太郎			性別	男性	
※旧姓の記入もお願い致します⇒ 旧姓 :				日本語での会話 可		
住所	〒 150 - 8935			ご連絡先 :	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	東京都渋谷区広尾4-1-22			自宅Tel	03-3400-0471	
				携帯Tel	なし	
当センター受診歴	有	当センター 診察券番号	01234567	緊急性 (数日以内の受診が必須)	無	
診 察 予 約	【ご希望の日時・診療科・医師名をご記入ください】 ※予約状況によってはご希望に添えない場合があります			事前にお電話での仮予約の有無	無	
	第一希望	1 月 18 日 9 時頃	第二希望	1 月 25 日 9 時頃	仮予約「有」の方は仮予約日時を備考欄にご記入ください。	
	診療科	〇〇〇〇内 科	医師名	〇〇 〇〇		
検 査 予 約	【ご希望の検査項目・部位に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください】			事前にお電話での仮予約の有無	無	
				仮予約「有」の方は仮予約日時を備考欄にご記入ください。		
	MR検査	単純のみ	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> ブラークイメーシング (頸動脈) <input type="checkbox"/> 冠動脈			
		<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部			
	CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		シンチグラム <input type="checkbox"/> 脳血流 (IMP) <input type="checkbox"/> 脳血流 (ECD) <input type="checkbox"/> 脳血流 (ダットスキャン) ※上記以外の検査については一度診察にお越しいただき外来にてご相談ください。				
	超音波検査 ※別途医師の診察が必要となります。			<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー (検査は水曜日PMのみ・診察予約は翌週になります) <input type="checkbox"/> 腹部エコー		
内視鏡検査※注①)			<input checked="" type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡	希望 診療科	希望 医師	
※注①) 下記にチェックをお願い致します。 患者さんにスムーズに検査を受けていただくため、紹介元医療機関にて内視鏡検査について十分な説明を行った。			<input checked="" type="checkbox"/> はい			
備考欄	検査日は診察日と同日、もしくは〇月〇日を希望されています。					

日赤記入欄

〇下記のご予約をお取りしました。 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

【予約日】 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 検査 : \_\_\_\_\_ 検査

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 診察 : \_\_\_\_\_ 科 医師

※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20分前までに1階 紹介状受付までお越しいただくよう患者さんへご案内ください。

※本申込書を患者さんにご持参いただく必要はございません。