

創傷ケア外来予約申込書 (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
住所
電話番号
FAX番号

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

※下記の太枠内をご記入の上、医療連携課へ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 14:00	(第二希望) 月 日 13:30 14:00
ふりがな 患者氏名 ※旧姓の記入もお願い致します⇒ (旧姓:)	生年月日	年 月 日	男・女
住所 〒	自宅 携帯		
当センター受診歴 (事前にご確認下さい)	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20分前までに1階 紹介状受付までお越しください。