

ストーマ継続外来予約申込書 (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。

日本赤十字社医療センター 医療連携課 行

※本申込書の太枠内をご記入のうえ、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	

【申込日 月 日】			
希望診察科・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） （希望するものに✓して下さい）			
希望診察科	<input type="checkbox"/> 大腸肛門外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
（第一希望） 毎月第1火曜日	月 日	<input type="checkbox"/> 10時30分 <input type="checkbox"/> 11時00分	（第二希望） 毎月第1火曜日
月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 10時30分 <input type="checkbox"/> 11時00分	月 日
ふりがな	生年月日	年 月 日	男・女
患者氏名			
※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）	

【患者さんに以下の事項をお伝え下さい】

- 当日はストーマ装具を外してケアを行いますので、ご使用中のストーマ装具等を必ず1セットお持ち下さい。
- 受診日前日・当日の装具交換は行わずにご来院下さい。
- 診察後に担当看護師が30分程度ご相談をお受けします。

（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 診察科： 科 ストーマ継続外来初診枠

※当日は紹介状、保険証、（お持ちならば診察カード）、ストーマ装具等をお持ちになり、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。