

紹介患者予約申込書 兼 受診票

〒753-8519

山口赤十字病院 地域医療連携室 行

山口市八幡馬場53番地1

TEL (083)923-0390 FAX (083)923-0391



年 月 日

紹介元医療機関名		担当医師名	
電話番号		FAX番号	

ご希望受診科名(○で囲んでください)	通 信 欄
・内科 ・小児科 ・脳神経外科 ・泌尿器科 ・耳鼻咽喉科 ・神経内科(完全予約制) ・外科 ・皮膚科 ・産婦人科 (予約時間 時 分) ・乳腺外科(火のみ午後から要予約) ・眼科 ・循環器内科 ・放射線科(完全予約制) ・歯科口腔外科 ・整形外科 ・緩和ケア科(画像データ等持参) ・NST外来(完全予約制)第1・3木 午後	
受診希望日 平成 年 月 日 ()	ご希望医師名 () 医師 ・ 指定なし

* セカンドオピニオン外来は、がん相談支援センター(083-923-0380)へ直接ご予約をお願いいたします。

予約検査(CT・MRI・RI)は直接放射線科外来にご予約をお願いします。

予約済みの検査(○で囲んでください)	検査部位	予約時間	造影検査の場合は3ヶ月以内の腎機能の結果をお持ち下さい。
CT MRI RI		時 分	

来院方法に○をつけてください。	移動方法に○をつけてください
救急車 救急車以外	ストレッチャー 車イス 歩行

(フリガナ) 患者氏名 様	男 女	生年月日	大昭平	年 月 日	歳	旧 姓 ()
住所		TEL				

受診のご案内 (この枠内は日赤病院が記入します)

受診日 年 月 日 ()	診療科 科 医師
() 今からすぐにお越しください。	
() 時 分 ~ 時 分のご予約です。 分前にお越しください。	
() 時 分 ~ 時 分までにお越しください。	

★ 受診当日は、総合受付の「紹介状窓口」にお越しください。(再来受付機での受付は不要です)

★ お持ちいただくものは、次のとおりです。

・医師の紹介状 ・保険証 ・山口赤十字病院の診察券 ・お薬手帳 ・受診票(この紙)

★ 状況により診察時間が多少おくれたり、お待たせする場合がありますので、予めご理解いただきますようお願い申し上げます。



* 予約日に来院できない場合は、地域医療連携室へご連絡をお願いいたします。
 総合病院山口赤十字病院 地域医療連携室 (083)923-0390