



※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

※紹介状をいただけない場合はご予約がお取りできません。  
本申込書の黄色の枠内は必須項目です。

紹介状と一緒にFAXしてください。

※FAX確認後は、下部日赤記入欄に記載したうえでFAX返送させていただきます。予約票の発行はございません。

医療機関名	
住所	
医師名	
電話番号	
FAX番号 (申込書返信先)	
ご担当者	

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	大正 昭和 平成 令和 西暦	年	月	日
患者氏名			性別	男 ・ 女			
※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	※日本語不可の場合、英語での会話		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 ・ 不明	当センター 診察券番号			緊急性 (数日以内の受診が必須)	無 ・ 有	
備考欄							

事前にお電話での仮予約の有無	無 ・ 有	仮予約「有」の方は仮予約日時を下記にご記入ください。						
第一希望	月	日	時頃	第二希望	月	日	時頃	最短日 いつでも可能

▼ご希望のご予約にチェックをしてください。

診察 予約	【ご希望の診療科・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						
	診療科	科	医師の 指定	無 ・ 有 :	医師		

→有の場合、医師名をご記載ください。

検査 予約	【ご希望の検査項目・部位に☑をつけてください】 ※ (超音波検査除き) 検査のみのご予約です。 診察もご希望の場合は、まず診察予約をお願いいたします。						
	MR検査	単純のみ	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> ブラーキメーキング (頸動脈)	<input type="checkbox"/> 冠動脈	
		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 頸部	
	CT検査	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
		<input type="checkbox"/> 単純	<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
	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)		
	超音波検査 ※別途医師の診察予約が必要 です	<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・翌週診察もご予約いただけます)			
内視鏡検査※注①)	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		希望	<input type="checkbox"/> 内科	医師の	無 ・ 有 :	
	<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡		診療科	<input type="checkbox"/> 外科	指定	医師	

※注①) 下記にチェックをお願い致します。 →選択してください。 →有の場合、医師名をご記載ください。

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いました。  はい  
※70歳以上の方で鎮静剤を希望される場合は、ご家族の同伴と主治医及び検査施行医の承諾が必要になります。

★日赤記入欄 (以下には記入しないでください) ★								
○下記のご予約をお取りしました。							月	日
【予約日】	月	日	～	枠	検査 :	検査		
	月	日	～	枠	診察 :	科	医師	
▼患者さんへお伝えいただきたいこと								
※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①窓口「紹介状受付」までお越しください。本申込書をご持参いただく必要はございません。								