

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 <input type="checkbox"/> 10時30分 <input type="checkbox"/> 11時00分
ふりがな	患者氏名	生年月日	年 月 日 男・女
	※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 <u>20分前</u> までに <u>1階 紹介状受付</u> までお越しください。	