

患者さんへの日時等のご連絡は、ご紹介もとの医療機関さまにお願いしております

紹介患者さん 外来診療予約申込票

紹介元医療機関情報	
貴医療機関名	ご担当者様 様 部署() 内線()
	診療科 TEL () -
貴医師名 先生	FAX ※受付票をFAXいたします () -
紹介先診療科・希望内容	
※循環器内科・心臓血管外科：治療計画を行う場合があるため、ご家族との来院をお願いしております。 ※呼吸器内科：画像検査をされた場合はCD-ROMをご提供ください。 ※耳鼻咽喉科：現在、予約をお取りしておりません。当日受付での受診は可能ですので、外来日にご紹介ください。	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科(膠原病) <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科※ <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科※ <input type="checkbox"/> 心臓血管外科※ <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 (総合血管センター) <input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 小児整形 <input type="checkbox"/> 腎移植外来 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 頭痛外来 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	
紹介理由	<input type="checkbox"/> 別紙(診療情報提供書)参照 () に対する精査・加療・手術 ※診療情報提供書は受診前日までにFAXをお願いします
	CD-ROM <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※CD-ROMがある方は、予約時間 30分前 のご来院をお願いします
医師希望	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし(外来担当医)
希望日	第1希望 令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 第2希望 令和 年 月 日 ()
患者情報 ※すべての項目にご記入ください	
患者さんの受診歴確認のため、ご連絡する場合がございます (<input type="checkbox"/> 外来でお待ち <input type="checkbox"/> ご帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中)	
フリガナ	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 西暦/ <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年齢
患者氏名	旧姓() 生年月日 年 月 日生 才
現住所	〒(-) ※マンション、アパート名、号室までご記入ください <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名)
電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください 第一連絡先(- -) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 [<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()] 第二連絡先(- -) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 [<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()]
ADL付添い	A D L : <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー 酸素・医療機器使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 付添い: <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()) ・ <input type="checkbox"/> なし
日赤受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 診察券番号(- -)

※お申込みは平日17:00までをお願いいたします。