

## 紹介患者さん 外来診療予約申込票

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

紹介元医療機関情報				
貴医療機関名	ご担当者様		様	
診療科	部署 ( ) 内線 ( )		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。				
<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※ (総合血管センター)
<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	
<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<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"/> 耳鼻いんこう科	<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"/> 放射線治療科	<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 ※診療情報提供書は受診前日までにFAXをお願いします ( ) に対する精査・加療・手術 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	第1希望 令和 年 月 E ( ) 第2希望 令和 年 月 E ( )			
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	〒 ( - ) <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名 )			
電話番号	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 ( - - )			

※受付時間外の予約申込FAXは翌営業日にお返事いたします。

熊本赤十字病院  
JAPANESE RED CROSS KUMAMOTO HOSPITAL

TEL:096-384-2111(代表)

2024年3月改訂