

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 診療科 貴医師名	ご担当者様 部署 () 内線() TEL 先生 FAX	様 ※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※ |
| <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 別紙（診療情報提供書）参照
() に対する精査・加療・手術

CD-ROM あり 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 日 () 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（外来でお待ち ご帰宅 入院中）

フリガナ		男 <input type="checkbox"/>	西暦／明大昭平令	年齢
患者氏名	旧姓()	女 <input type="checkbox"/> 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。



JAPANESE RED CROSS KUMAMOTO HOSPITAL

TEL:096-384-2111(代表)

2024年3月改訂