

## 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、ご紹介元の医療機関さまにお願いしております

紹介先 <input type="checkbox"/> に✓またはご記入ください。	
◆全診療科において診療情報提供書が必要となりますので、受診日までに FAX をお願いします ※循環器内科・心臓血管外科は治療計画を行う場合、ご家族との来院をお願いしております	
<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 <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"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <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	
医師の希望	<input type="checkbox"/> あり ( ) ・ <input type="checkbox"/> なし (外来担当医)
紹介理由	( ) に対する精査・加療・手術
来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他	付添い <input type="checkbox"/> あり 家族・その他 ( ) ・ <input type="checkbox"/> なし 酸素・医療機器等の使用 <input type="checkbox"/> あり ( ) ・ <input type="checkbox"/> なし
診療希望日	第1希望 : 令和 年 月 日 曜日
<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし	第2希望 : 令和 年 月 日 曜日
紹介元医療機関	※受診当日、ご紹介元からの紹介状が必要です。紹介状を患者さんにお渡しください。
貴病医院名	
ご紹介医師名	科 先生
ご担当者名	様 部署 ( ) 内線 ( )
ご連絡先	電話: FAX:
患者さん情報	※全ての項目について、もれなくご記入ください。
フリガナ	
氏名・性別	(旧姓 ) 男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 電話: ( ) -
ご住所	〒 ( - )
当院の診察券をお持ちの方	登録番号: ( - - )

※ 土・日・祝祭日・年末年始(12/29~1/3)は休診です。

※ 申込みは前日(月曜予約は金曜)の17:00までをお願いいたします。

※ 受診当日のご予約、救急外来のご予約はできませんのでご了承下さい。

※ 転院、即日入院希望の患者さんのご紹介につきましては、各診療科あてお電話にてご相談ください。