

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・心臓血管外科は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。 ※耳鼻咽喉科・泌尿器科は、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				
紹介理由	<input type="checkbox"/> 添付あり                      ※受診前日までに診療情報提供書の事前FAXをお願いします <input type="checkbox"/> ( ) に対する精査・加療・手術			
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                      第1希望 令和                      年                      月                      日 ( ) <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"/>	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                      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	ADL: <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。