	込書 (FAX用) 2025年3月改定
1777 0101 00	-2818 当日の予約はとれません(予約時のお願い参照)
依頼元医療機関 住 所	年 月 日
	当 院
医 師 名 電 話 番 号 F A X	使 用
※太枠内は必ずご記入ください	欄
フリガナ	性別
	男大・昭・平・令□有
氏名	・
旧姓 ()	女 () 歳 □ 無
住所	
電話番号 自宅 () *複数希望日をご記入ください。	携帯電話()
希望日	口いつでも可
現 状 🗆 外来待機中 🗆 帰宅 🗆 入院中 🗆 来院方	「法 □ 徒歩 □ ストレッチャー □ 車イス
	「法 │ □ 徒歩 □ ストレッチャー □ 車イス ┃ 5場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡しください。
●希望医師 □ なし □ あり	□ 医師同士で電話相談済み
●希望する診療科	<u> </u>
□ 総合内科 □ 腫瘍内科 □ 側弯外来	□ 泌尿器科 □ 神経内科
□ 血液内科 □ 小児科 □ 関節外来 □ 呼吸器内科 □ 外科 □ 形成外科	□ 眼科 □ リウマチ科 □ 耳鼻咽喉科 □ 喘息外来
□ 消化器内科 □ 乳腺外科 □ 脳神経外科	
┃□ 循環器内科 □ 整形外科 □ 呼吸器外科 □ 腎臓内科 □ 背椎外来 □ 皮膚科	□ 歯科□腔外科 □ ペースメーカー外来 □ パースメーカー外来 □ 糖尿病内科 □ 糖尿病内科 □ □ □ □ □ □ □ □ □
	□ たんりのは
●画像データ □ 有(単純・CT・MR・他()) □ 無 □ 緩和ケア内科 □ おおおかます(**)
●主訴 <u>必ずご記入ください</u>	→ 放射線治療科(※)
傷病名	※別途専用の紹介状を
	添付してください。
申込時に紹介状が必要な診療科:血液内科、リウマラ 上記以外は、受診日の前日までに紹介状をFAXして	
□ 栄養相談 ※紹介状の宛先は【栄養相談:担当医】でお願いいたします。	
以下の情報も記入してください。	
病名 () • 身長 () 熱量 () kcal)cm · 体重()kg
※セカンドオピニオンをご希望の場合は、専用の申込書で	 お願いいたします。
【予約時のお願い】	
・ <u>当日の予約はおとりできません。</u> 完全予約制以外の診療科は受付時間内(8:30~11:00)にご来院くだ	
さい。緊急受診や入院加療が必要と思われる場合は ホットライン(0797-87-1331) にご連絡ください。	
・心療内科は、木曜日の午前中にご本人またはご家族より電話でお申し込みください(0797-87-1161)・産婦人科は入院、手術の対応はできません。	
・緩和ケア内科は、事前に紹介元より在宅医などかかりつに	ナ医を調整の上、お申し込みくださ <u>い。</u>
ツカス書 (この田が) はのろはにちのナユ /	入力者 確認者
※申込書(この用紙)は紹介状になりません	\mathcal{V}_{o}

患者サポートセンター 地域医療室 TEL:0797-87-9517 (直通)