

紹介元医療機関名	
住 所	
医 師 名	
電 話 番 号	
F A X	

年 月 日

当院 使用 欄	

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	当院の受診歴
氏 名	旧姓 ()	男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
住 所	〒 (-)			
電話番号	自宅 () - 携帯電話 () -			
受診 希望日	*複数希望日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いつでも可			
現 状	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中 来院方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車イス			

→入院中で受診される場合、会計算定に関する用紙を必ずお渡しください。

●希望医師 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	医師 <input type="checkbox"/> 医師同士で電話相談済み
●希望する診療科	完全予約制
<input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 脊椎外来 <input type="checkbox"/> 産婦人科(※注1) <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 側弯外来 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 関節外来 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> めまい外来 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科	<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> パーソナル外来 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科(※注2) <input type="checkbox"/> 放射線治療科(※) ※別途専用の紹介状を添付してください。
●画像データ <input type="checkbox"/> 有 (単純・CT・MR・他 ()) <input type="checkbox"/> 無	
●主訴 傷病名	
<input type="checkbox"/> 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 () cm ・体重 () kg 熱量 () kcal	

※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。

● 予約申込時には診療情報提供書、検査データ等をお送りください

注1) 産婦人科は、妊婦健診やお産、市民健診(クーポン利用)の患者様はお受け入れできません

注2) 緩和ケア内科は、当院ホームページにある緩和面談申込チェックシートをご確認いただき、該当される場合にお申込みください。なお、事前に在宅医などかかりつけ医を調整ください。

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

★★緊急受診が必要な場合はホットラインにご連絡ください (0797-87-1331)

入力者	確認者