

紹介患者予約申込書

■送信元

貴医療機関名：
(紹介元医療機関名)

診療科：

予約申込日： 令和 年 月 日

ご担当医師名：

電話番号：

FAX番号：

■ご紹介患者情報

氏名	ふりがな	性別	住所
	様	男 女	
生年月日	M・T・S 年 月 日	歳	電話番号
	・H・R		貴院での受診状況
診断名と症状等をご記入ください。			
予約日のご希望など(ご都合のよくない日等のご事情がありましたらご記入ください。)			
<input type="checkbox"/> ← 病状等により早めの受診が必要な場合はチェックを付けてください。			

■外来受診希望診療科

- ・左空欄に受診希望の診療科に●を付けてください。
- ・予約された患者さんの診療情報提供書を数日以内、遅くとも予約日前日まで地域連携センター宛にFAX又は郵送ください。
- ・専門外来への選択が難しい場合は、一般外来でご紹介ください。
- ・重粒子治療は、本申込書とは別の専用申込書・専用フォームにてお申し込みください。

第一内科
循環器内科
呼吸器内科
腎臓・膠原病内科
腎不全：療法選択外来
高血圧外来
第二内科
消化器内科
肝炎再治療外来
膵癌早期発見外来
第三内科
脳神経内科
糖尿病・代謝・内分泌科
血液内科
高次脳機能科
高次脳機能科
小児科
循環器
血液・腫瘍
内分泌・代謝
新生児
腎臓
神経・発達
免疫
精神科
精神科一般
認知症外来
小学生のみ
神経発達症(中学生以上)
周産期メンタルヘルス
皮膚科
皮膚科一般

第一外科
消化器・一般外科
肝胆膵外科
乳腺外科
第二外科
心臓血管外科
呼吸器外科
気胸外来
小児外科
脳神経外科
脳外科一般
腫瘍①(悪性)
腫瘍②(良性)
小児間脳下垂体
てんかん
機能的脳神経
脳血管障害
脊髄・脊椎
整形外科
上肢
胸郭出口症候群
小児整形
肩
股関節
膝関節
スポーツ(上肢)
足
脊椎
腫瘍
関節リウマチ
PRP(多血小板血漿療法)

産科婦人科
婦人科一般
NIPT外来
新患コルポスコピー
周産期
ヒモープシステム(周産期)
産科相談
生殖医学
女性ヘルスケア
妊娠前相談外来
眼科
眼科一般
ぶどう膜炎
黄斑疾患
角膜
斜視・小児眼科
3歳未満小児眼科
眼瞼・腫瘍
緑内障
DME(糖尿病黄斑浮腫)外来
耳鼻咽喉科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
泌尿器科
泌尿器科一般
腎移植希望外来
がん遺伝相談
麻酔科・疼痛緩和内科
ペインクリニック
緩和ケア
歯科口腔外科
歯科口腔外科・顎顔面外科

形成外科
形成外科一般
腫瘍内科
腫瘍内科
病理診断科
病理診断科
放射線診断科
別紙、専用申込書をご使用ください
放射線治療科
放射線治療科
*重粒子治療は別紙専用申込書・専用フォームをご使用ください
ストーマ外来
消化器ストーマ
尿路ストーマ
がん遺伝子パネル検査
がん遺伝子パネル検査

- ・予約確定後、上記紹介元医療機関へ「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ・予約受付時間は平日の8:30~17:00です。それ以外のお申込みは翌業務日以降のお取り扱いとなります。

*当院使用欄

予約日	年 月 日()	予約時間	:	通信欄
		予約診療科		ID: