

診療情報提供書(診察・検査申込依頼書)

令和 年 月 日

予約希望診療科 (1つ選択)	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	完全予約制	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	(専門外来は完全予約制)		<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内科	
	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 眼科		<input type="checkbox"/> 精神神経科	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査(消内)	
	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科		<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査(消内)	
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 小児外科			<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	
	<input type="checkbox"/> アレルギーセンター	<input type="checkbox"/> 足病・創傷ケアセンター				<input type="checkbox"/> 緩和ケア科	
	※放射線検査は別様式でお申込ください						
	<input type="checkbox"/> 当日緊急・救急受診依頼 ⇒送信前に必ずお電話をお願いします。						
	来院方法() ホットライン等連絡済 <input type="checkbox"/>						

希望医師 専門外来 () 医師 外来 希望なし (担当医)

希望日

①	月	日	()	その他
②	月	日	()	
<input type="checkbox"/> いつでも(最短日)				
<input type="checkbox"/> 希望日で予約が取れない場合は電話連絡希望 (✓が無い場合は予約可能な最短日で取得します)				

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

担当者名

患者様の情報	フリガナ		旧姓	性別	当院の受診歴	
	患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ID番号:)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	(歳)
	住所	〒				
		自宅TEL:	-	-	携帯TEL:	-
	保険者番号	公費番号			<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険申請中	
	記号・番号	受給者番号			<input type="checkbox"/> ()	
	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者氏名)	負担割合	割	※保険情報の記載に代えて、カルテ表紙や保険証等のコピーを送信して頂いても結構です。	
	入院中	<input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 退院予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (退院予定日 月 日)				
	外国人の方	日本語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ⇒ (語) ※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。				
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり ⇒ストレッチャーの用意(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)					

診療情報	傷病名	既往・家族歴
	病状・検査結果・依頼内容など <input type="checkbox"/> 別紙診療情報添付 ※検査のみ依頼の場合も依頼内容(目的・疾患等)を記入ください。	

※セカンドオピニオン外来は申込方法が異なります。06-6774-5132までお問合せください。

予約受付時間 平日 8:30~20:00 土曜 8:30~13:00(日・祝・5月1日・年末年始を除く) ※FAX受信は24時間