

## 診 療 予 約 申 込 書

貴医療機関名 ( )  
 ご住所 (〒 )  
 貴医師名 ( )  
 電話番号 ( ) -  
 FAX ( ) -

■ 希望される受診科 ( 印を付けてください )

|                                |                                |                                |                                |                                       |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 肺腫瘍内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> 感染症内科 | <input type="checkbox"/> アレルギー・リウマチ内科 |
| <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 乳腺外科  | <input type="checkbox"/> 小児科   | <input type="checkbox"/> 小児循環器専門外来    |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科   | <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 眼科    | <input type="checkbox"/> 産婦人科  | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科   |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科  | <input type="checkbox"/> 放射線治療 | <input type="checkbox"/> その他   |                                |                                       |

希望医師名 ( )

■ 病名及び目的について～日本語でお願いします～

■ 受診を希望される日をご記入お願いします

|                                  |            |                                     |
|----------------------------------|------------|-------------------------------------|
| ・第1希望日 ( )                       | ・第2希望日 ( ) | ・都合の悪い日 ( )                         |
| <input type="checkbox"/> できるだけ早く |            | <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の受診希望 |

■ ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします

|       |   |                 |   |
|-------|---|-----------------|---|
| フリガナ  |   | 性別              | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 患者氏名  |   | ※旧姓 (名字変更の場合記入) |   |
| 生年月日  | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日   | 生まれ ( 歳)        |   |
| フリガナ  |   |                 |   |
| 住所    | 〒   |                 |   |
| 電話    | ( ) -   | 携帯電話            |   |
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ( )  |                 |   |
| 患者状況  | <input type="checkbox"/> 外来患者 ( <input type="checkbox"/> 貴院待機中 ※ 患者様がお待ちの場合はチェックして下さい )<br><input type="checkbox"/> 入院患者 ( <input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> その他 ) |                 |   |
| 保険    | <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他  |                 |   |
| 特記事項  | ADL ( 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー )  |                 |   |

※ ご記入の上、診療情報提供書と共にFAXして頂きますようお願いいたします。

(貴院所定の診療情報提供書がない場合は、当センター専用紙をご利用ください。ホームページよりダウンロード可能です。)

**予約通知書** は患者さまにお渡しください。

■ 患者さまが入院診療となる場合の開放病床利用についてご記入ください

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 開放病床として利用する                | <input type="checkbox"/> 開放病床として利用しない |
| <input type="checkbox"/> 患者さまへ開放病床ご入院の趣旨を説明し同意を得ました |                                       |