

## 診療予約申込書

申込日 令和 年 月 日

希望の診療科	紹介元医療機関
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 (完全予約制) <input type="checkbox"/> 肺腫瘍内科 (完全予約制)	医療機関名
<input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科	ご住所
<input type="checkbox"/> アレルギー・リウマチ内科 (木・金曜完全予約)	医師名
<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	電話番号
<input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	FAX
<input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科	担当者
<input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科	<b>予約日の調整</b>
<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科	望ましい受診 までの期間 <input type="checkbox"/> できるだけ早く
<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 1週間以内
<input type="checkbox"/> 小児循環器 (奇数週の水のみ、完全予約)	<input type="checkbox"/> 2週間以内
<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 1か月以内
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科	都合の悪い日 ( )
	希望医師名 (あればご記入 ください) 医師

診療情報	
傷病名	
紹介目的	

患者様の情報			
フリガナ		旧姓	性別
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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	〒		
電話	自宅TEL: — —	当院受診歴	
	携帯TEL: — —	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ID番号 )	
待機状況	<input type="checkbox"/> 外来 ( <input type="checkbox"/> 貴院待機中 <input type="checkbox"/> 急ぎではない )		
	<input type="checkbox"/> 入院中 ( <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> 出来高算定 <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 ( )		
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)		
外国人の方	日本語は <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ( 語)		

上記ご記入の上、**診療情報提供書**とともにFAXをお願いいたします。  
返信いたしました**予約通知書**は患者さんにお渡しく下さい。