

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
☐ 呼吸器内科（完全予約制） ☐ 肺腫瘍内科（完全予約制） ☐ 感染症内科 ☐ 循環器内科 ☐ アレルギー・リウマチ内科（木・金曜完全予約） ☐ 消化器内科 ☐ 糖尿病・内分泌内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 消化器外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 産婦人科 ☐ 皮膚科 ☐ 耳鼻咽喉・頭頸部外科 ☐ 小児科 ☐ 泌尿器科 ☐ 小児循環器（奇数週の水のみ、完全予約） ☐ 整形外科 ☐ 眼科 ☐ 歯科口腔外科 ☐ 放射線治療科	医療機関名 ご住所 医師名 電話番号 FAX 担当者
	予約日の調整
	☐ できるだけ早く ☐ 1週間以内 ☐ 2週間以内 ☐ 1か月以内
	望ましい受診までの期間
	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			☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話	自宅TEL : — — 携帯TEL : — —	当院受診歴 ☐ なし ☐ あり (ID番号)	
待機状況	☐ 外来 (☐ 貴院待機中 ☐ 急ぎではない) ☐ 入院中 (☐ DPC ☐ 出来高算定 ☐ その他【 】)		
保険	☐ 健康保険 ☐ 生活保護 ☐ 労災 ☐ その他 ()		
ADL	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ 寝たきり (ストレッチャー)		
外国人の方	日本語は ☐ 可 ☐ 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。