

フリガナ 患者氏名	(男・女)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日(歳) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	〒
Tel (自宅)	(携帯)

紹介元医療機関名
電話番号
FAX番号
医師氏名

### 基本情報

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院
緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主傷病名	
症状	
画像データ	<input type="checkbox"/> 有 (返却 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 無
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
受診予約希望日時	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 ※都合の悪い日時( 月 日、 月 日、 月 日 )

### 希望受診診療科にチェックを入れて下さい

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 美容外科
<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア外来
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 婦人科
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科

<input type="checkbox"/> 肝炎専門外来
<input type="checkbox"/> 関節専門外来
<input type="checkbox"/> 脊椎専門外来(整形)
<input type="checkbox"/> 頸動脈狭窄症専門外来
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症専門外来
<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤専門外来
<input type="checkbox"/> ストーマ専門外来
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸スクリーニング専門外来
<input type="checkbox"/> 禁煙専門外来
<input type="checkbox"/> 皮膚がん・眼瞼下垂・皮膚アンチエイジング専門外来
<input type="checkbox"/> 糖尿病専門外来
<input type="checkbox"/> 胆膵(たんすい)専門外来
<input type="checkbox"/> 補聴器専門外来

希望医師	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 【 医師 】

※FAXの受付時間は平日8:30~17:00 土8:30~12:00(第1・3・5のみ)です。

※FAXは24時間稼働していますが、上記時間外または休診日にお送りいただきますと、翌日もしくは休み明けの返信となります。

ご了承くださいませ。