

◆ ◆ FAX受付時間：平日8:30～17:00 土8:30～12:00(第1・3・5) ◆ ◆

恐れ入りますが、この申込書と一緒に“診療情報提供書”の送付もお願い致します。

急患に関しましては、0896-22-4199 までご連絡下さい。

フリガナ 患者氏名 (男・女)	紹介元医療機関名
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	電話番号
住所 〒	FAX番号
TEL(自宅) (携帯)	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
来院手段	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車(本人運転・その他:) <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他()
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

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

- 肝炎専門外来
- 関節専門外来
- 脊椎専門外来(整形)
- 頸動脈狭窄症専門外来
- 骨粗鬆症専門外来
- 下肢静脈瘤専門外来
- ストーマ専門外来
- 睡眠時無呼吸スクリーニング専門外来
- 禁煙専門外来
- 皮膚がん・眼瞼下垂専門外来
- 糖尿病専門外来
- 胆膵(たんすい)専門外来
- 補聴器専門外来

希望医師 無 有 【 医師 】
【 】医師への連絡 済 未

- 患者様 待機中 ※患者様 帰宅
 - ※入院中の方
- ※の方については、多少お時間頂きます。ご了承下さい。