

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

- 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
- 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 】

※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。