

◆ ◆ FAX受付時間：平日8:30～17:00（休診日/土・日・祝・年末年始） ◆ ◆

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。

HITO(ID)		紹介元医療機関名	
フリガナ			医師名
患者氏名	(男 ・ 女)	(担当者)	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	電話番号	
住所	〒	FAX番号	
連絡先	(自宅) (携帯)		

基本情報

※検査のみの申込に関しましては、別紙「CT・MRI・骨密度検査 予約申込書」をご利用ください。
放射線科担当医での対応となります。

主傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査(検査によっては後日となります) <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院
画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
来院者	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 家族同伴 <input type="checkbox"/> その他()
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
緊急性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ <input checked="" type="checkbox"/> ない場合は緊急性なしでの対応となります。
来院手段	<input type="checkbox"/> 救急車(22-4199へ連絡) <input type="checkbox"/> 自家用車(本人運転・本人以外運転) <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"/> 本日急患(22-4199へ連絡) <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> いつでも可 ※ご希望には添えない場合がございます。 ※都合の悪い日()

希望受診診療科にチェックを入れて下さい

※診療日については外来診療担当表(Webサイト)でご覧下さい。

- 総合診療科(内科専門外来以外)
- 内科 (肝炎専門外来 胆膵専門外来 消化管専門外来
 糖尿病専門外来 リウマチ・膠原病外来)
- 整形外科 (関節専門外来 脊椎専門外来 骨粗鬆症専門外来:月1)
- 外科 (下肢静脈瘤専門外来 ストーマ専門外来)
- 脳神経外科(脳血管内治療外来 脊椎専門外来 定位・機能神経外科)
- 循環器内科(睡眠時無呼吸スクリーニング専門外来)
- 脳神経内科
- 形成外科 (眼瞼下垂専門外来)
- 心臓血管外科
- 呼吸器内科 呼吸器外科
- 泌尿器科
- 婦人科
- 耳鼻咽喉科 (補聴器専門外来)
- 緩和ケア外来
- 禁煙専門外来

希望医師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 医師】 ※【 <input type="checkbox"/> 】医師への連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ※救急医師(22-4199)への連絡 <input type="checkbox"/> 済
<input type="checkbox"/> 患者様 待機中 <input type="checkbox"/> 患者様 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中の方 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない場合は多少お時間頂きます。 ご了承下さい。	