

診療予約申込書

《送信先》患者サポートセンター

FAX 022-378-9135

TEL 022-378-9117

受付時間 平日8:30～17:00

※受付時間外のお申込みについては
翌診療日の対応となります。

【紹介元医療機関】

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

診療科

※緊急の場合は、ご希望診療科医師へ直接お電話をお願いいたします（病院代表 ☎ 022-378-9111）

ご希望のご予約方法にチェックをお願いいたします

- ☐ 電話予約センターを利用する（放射線科除く） →（予約日を患者さんへ直接お伝えいたします）
- ☐ 電話予約センターを利用しない →（予約票を医療機関様へFAXいたします）
- ▶（※患者さんは現在、貴院でお待ちでしょうか ☐ 待っている ☐ 待っていない ）

患者氏名	(フリガナ)		男 女	生年月日	T S H R	年 月 日 () 歳
	様					
住 所	〒 —					
連 絡 先	電話	—	透析： ☐ なし ☐ あり ⇒ ☐ 月水金 ☐ 火木土			
	携帯	—	来院時の状態： ☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー			
希望診療科	※血液透析をされている方は透析条件・経過記録を受診日当日、ご持参願います。 ☐ 総合診療科 ☐ 消化器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 高血圧・糖尿病内科 ☐ 小児科 ☐ 一般外科 ☐ 乳腺外来 ☐ 血管外科 ☐ 移植外科 ☐ 創傷ケアセンター ☐ 整形外科 ☐ 日本仙腸関節・腰痛センター ☐ 歯科・口腔外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 麻酔科(ペインクリニック) ☐ 眼科 ☐ 腎臓内科(採血・採尿の検査データを添付願います) ☐ 放射線科(MRI・CT・骨シンチ)					
受診希望日	無 ・ 有	第一希望	第二希望	第三希望		
		月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()		
希望医師	☐ なし ☐ あり (医師)					
当院受診歴	☐ なし ☐ あり					
傷病名						
症状	現病歴及び所見(紹介目的・既往歴・家族歴・検査結果・治療経過・現在の処方など) ※診療情報提供書のFAXをいただく場合は記載不要です。 ☐ 別紙診療情報提供書あり					
状況	予約申込時、貴院に入院中ですか? はい ・ いいえ					