

# 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) → (患者さんへフリーダイヤルをお伝えください)  
 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	年	月	日
	様			S	( )歳		
住所	〒 -						
連絡先	電話 -	透析: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 月水金 <input type="checkbox"/> 火木土					
	携帯 -	来院時の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 腎センター内科( <input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 腎代替療法選択説明外来[火・木午後のみ] <input type="checkbox"/> 腎臓リハビリ申し込み外来) <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 消化器・一般外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外来 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 移植外科 <input type="checkbox"/> 創傷ケアセンター <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 日本仙腸関節・腰痛センター <input type="checkbox"/> 歯科・口腔外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 麻酔科(ペインクリニック) <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科(MRI・CT・骨シンチ)						
状況	予約申込時、貴院に入院中ですか? はい ・ いいえ						
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 医師 )						
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
傷病名							
症状	現病歴及び所見(簡潔にご記入ください)※診療情報提供書のFAXをいただく場合は記載不要です。						