

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

※お申込みいただく際は、この用紙と診療情報提供書をFAXいただきますようお願いいたします。

- 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 | | | |
| 住所 | 〒 ー ー | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅 | ー | ー | 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 | ー | ー | 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） <input type="checkbox"/> 呼吸器内科（外来のみ） | | | | | | |
| 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（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。 <input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書あり | | | | | | |