

## 紹介患者さん 外来診療予約申込票

◆患者さんへの日時等のご連絡は、ご紹介元の医療機関さまにお願いしております

患者さん情報 ※全ての事項について、もれなくご記入をお願いいたします	
フリガナ お名前	[ □ 男 ・ □ 女 ]
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
ご住所	〒 ① 電話 ② 内容によっては、予約日時の変更をお願いする場合がございます。必ず連絡がつく番号をお願いします。
紹介先 ※□に✓またはご記入ください。	
◆治療計画や、日頃の状態確認のため可能であれば、ご家族との来院をお願いしております。 ◆成人脳波は脳神経内科の診療予約をお願いします。小児脳波は小児科の診療予約をお願いします。 ◆DXA（骨密度）は整形外科の診療予約をお願いします。	
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 総合診療科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 一般外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ科    (※歯科・放射線予約は別専用紙となります)	
医師の希望	<input type="checkbox"/> なし（外来担当医） ・ <input type="checkbox"/> あり（ ）
診療希望日 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	第1希望 : 年 月 日 曜日 第2希望 : 年 月 日 曜日
傷病名 紹介目的	◆診療情報提供書、各種検査結果を本日17時までにFAXをお願いします。
ADL	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他	付添い <input type="checkbox"/> あり    家族・その他（ ） <input type="checkbox"/> なし 酸素・医療機器等の使用 <input type="checkbox"/> あり    ( ) <input type="checkbox"/> なし
紹介元医療機関 ※受診当日診療情報提供書が必要です。原本を患者さんにお渡し下さい。	
貴院名：	
医師名：	ご担当者：
ご連絡先： 電話：	FAX：

- ◆ 受付時間外の予約依頼FAXは翌営業日にお返事いたします。
- ◆ 受診当日のご予約、救急センターのご予約はできませんので、お電話にてお問い合わせ下さい。
- ◆ 予約確定後にくまもと県北病院から紹介元医療機関さまへご報告いたします。