

富士吉田市立病院 診療予約申込書（紹介患者用）

地域医療連携担当 宛

年 月 日

(FAX : 0555-22-8018)

医療機関名 : _____

TEL: _____ FAX: _____

医師名 : _____

紹介患者氏名	フリガナ	身長・体重	電話番号		
	様	cm			
		kg			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳：性別（男・女）				
病院受診歴	なし・あり（病院ID : _____）				
受診科 ご希望の科（検査） を○で囲んでください	消化器内科	腎臓内科	内分泌・糖尿病内科	脳神経内科	呼吸器内科
	膠原病内科	循環器内科			
	外科	整形外科	心臓血管外科	脳神経外科	呼吸器外科
	形成外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	眼科
	産婦人科	緩和ケア外来			
	一般紹介検査 CT (造影なし) (造影あり) MRI (造影なし) (造影あり) <u>※造影検査の場合はクレアチニン値がわかる検査結果データを問診票に添付して返信してください。</u>				
担当医	先生				
簡単に症状をお知らせください。					
ご都合の悪い日					

◎完全予約制の診療科

内分泌・糖尿病内科（滝医師）・脳神経内科・膠原病内科・心臓血管外科・緩和ケア外来

※脳神経内科・産婦人科・腎臓内科の予約時は診療情報提供書も一緒に送信してください。

☆☆ 造影検査の問診票にはクレアチニン検査結果データも添付してください。☆☆

・手書きで記入の場合は可能な限り読みやすい文字での記載をお願いいたします。

◎小児科の予約はお取りしておりません。

◎口腔外科は外来で予約をお取りします。外来に直接ご連絡ください。

◎精神科は初診受付で予約をお取りします。初診受付に直接ご連絡ください。

◎救急及び当日受診依頼は、依頼医師に直接お電話でご紹介くださいますようお願い致します。

◎休業日及び 17:00 以降の FAX は、翌業務日にお取扱い致しますのでご了承ください。