

診療予約申込書

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

フリガナ		性別		生年月日															
患者氏名		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		男 女		明 大 昭 平 令		年		月		日		才					
住所		電話番号																	
診療科		☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 小児科 ☐ 整形外科 ☐ 外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 脳神経（しびれ） ☐ 脳神経内科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 糖尿病内科 ☐ 腎臓内科 ☐ リウマチ科 ☐ 血液内科 ☐ 内分泌内科 ☐ 消化器内科 ☐ 腫瘍内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 形成外科 ☐ 皮膚科 ☐ 眼科 ☐ 麻酔科（ペイン） ☐ 放射線治療科 ☐ 遺伝相談外来※																	
希望日		☐ 第1希望日 令和 年 月 日 曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 第2希望日 令和 年 月 日 曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ いつでも良い ☐ その他																	
希望医師名		☐ 特になし																	
患者の状況		☐ 外来でお待ちです ☐ 帰宅済み ☐ 入院中																	
患者の状態		☐ 歩行可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー 感染症 ☐ 無 ☐ 有 / ☐ HBS抗原 ☐ HCV ☐ ワ氏 ☐ MRSA ☐ 結核																	
1.紹介目的		☐ 検査・診断 ☐ 治療 ☐ その他																	
2.主訴・傷病名																			
3.既往歴																			
4.症状経過・治療経過・現在の処方等		☐ 別紙参照																	

被保険者	保険者番号		☐ 1.本人 ☐ 2.家族		
	記号・番号				
公費負担	負担者番号		☐ 特疾 ☐ 障害	☐ 生保 ☐ その他	☐ 乳幼児
	受給者番号				

※遺伝相談外来は第2月曜日と第4水曜日となります。