

送信先FAX：0465-34-3180

受付時間：月曜日～金曜日（土日・祝日除く） 午前9時から午後5時まで
 ※受付時間外に到着したFAXへの回答は、翌診療日以降の回答となります。
 ※予約にあたり調整が必要な場合は、電話連絡いたします。

【患者さんの基本情報】

ふりがな 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
電話番号		市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
住 所	（〒 ）		

【紹介病名・症状名】*必須

--

【希望診療科】※希望する診療科に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 *抗がん剤治療継続依頼は、診療情報提供書を添付してください。 *該当する場合のみ、チェックしてください。（☐市町村の肺がん2次検診）			
<input type="checkbox"/> 循環器内科 *該当する場合のみチェックしてください（☐不整脈 ☐ペースメーカー外来）			
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科
<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 総合診療・感染症科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 外科 *該当する場合のみチェックしてください。（☐乳腺疾患）			
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 整形外科 *該当する場合のみ、チェックしてください。 （☐PRP療法）		<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 産科 (9時枠/10時枠のみ)
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 小児科 *該当する場合のみチェックしてください （☐内分泌 ☐アレルギー<☐食負荷目的☐それ以外> ☐循環器 ☐神経 ☐血液・免疫 ☐新生児フォロー）			

*心エコー検査のみの予約です。病名をご記入ください。*検査施行後、結果を郵送します。

【検査依頼】

<input type="checkbox"/> 心エコー（病名：_____）

【希望医師及び受診希望日】

<input type="checkbox"/> 無	早め受診	第1希望日	第2希望日
<input type="checkbox"/> 有（ _____ 医師）	<input type="checkbox"/> 要	令和 年 月 日（ ）	令和 年 月 日（ ）

【紹介元医療機関】※医療機関名・住所・電話番号・紹介医師名をご記入ください。（ゴム印可）

（医療機関名）	連絡担当者
（住 所）	
（電話番号）	FAX番号
（医 師 名）	