



荘内病院 紹介患者予約申込書・連絡票(FAX用)

令和 年 月 日

・FAX予約 は平日の17:00まで受付した分で、それ以後は翌日のお返事となります。  
・当日の診療予約はお受けできませんのでご了承下さい。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

荘内病院診察券番号

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

◎太線の枠の中をご記入下さい。

|   |  |                                       |                                      |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|---------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 氏名  | フリガナ   | 男<br>女                                | 生年<br>月日                             | 明・大・昭・平・令  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
|   |  |                                       |                                      | 年  | 月            | 日 ( 才 ) |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| 住所  |  |                                       |                                      |  |              | ( 電 話 ) |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| 受診希望日   | 第1希望日  |                                       | 月                                    | 日 ( )  | 第2希望日        |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
|   |  |                                       | 月                                    | 日 ( )  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| 医師名   |  |                                       | 先生                                   |  | ・都合の悪い日等連絡事項 |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <p>◎診察依頼 該当する科に必ず印をつけて下さい。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 神経内科</td> <td><input type="checkbox"/> 外科</td> <td><input type="checkbox"/> 眼科</td> <td><input type="checkbox"/> 緩和ケア</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器科 (画像あり なし)</td> <td><input type="checkbox"/> 小児外科</td> <td><input type="checkbox"/> 産婦人科</td> <td><input type="checkbox"/> 乳腺専門外来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化器科</td> <td><input type="checkbox"/> 脳神経外科</td> <td><input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</td> <td><input type="checkbox"/> 漢方内来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児科</td> <td><input type="checkbox"/> 形成外科</td> <td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td> <td><input type="checkbox"/> 総合診療科 (後遺症)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 循環器科</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器外科</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/> 下肢創傷外来</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 内科</td> <td><input type="checkbox"/> 心臓血管外科</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿器科 (腎移植外来)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 内科 (糖尿)</td> <td><input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般)</td> <td><input type="checkbox"/> 歯科口腔外科</td> <td></td> </tr> </table> <p>※糖尿病パス 無・有      ※添付資料の無・有 (XP・MRI・CT)</p> <p>内科 (糖尿・内分泌)、整形外科は※にも必ず○印をつけて下さい。</p> <p style="text-align: right;"><b>診療情報提供書について</b></p> <p><input type="checkbox"/> 患者さんが持参</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送</p> |  |                                       |                                      |  |              |         | <input type="checkbox"/> 神経内科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア | <input type="checkbox"/> 呼吸器科 (画像あり なし) | <input type="checkbox"/> 小児外科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 乳腺専門外来 | <input type="checkbox"/> 消化器科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 漢方内来 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 総合診療科 (後遺症) | <input type="checkbox"/> 循環器科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 下肢創傷外来 | <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 (腎移植外来) |  | <input type="checkbox"/> 内科 (糖尿) | <input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般) | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |  |
| <input type="checkbox"/> 神経内科   | <input type="checkbox"/> 外科  | <input type="checkbox"/> 眼科           | <input type="checkbox"/> 緩和ケア        |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器科 (画像あり なし)   | <input type="checkbox"/> 小児外科  | <input type="checkbox"/> 産婦人科         | <input type="checkbox"/> 乳腺専門外来      |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 消化器科   | <input type="checkbox"/> 脳神経外科   | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科        | <input type="checkbox"/> 漢方内来        |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 小児科  | <input type="checkbox"/> 形成外科  | <input type="checkbox"/> 皮膚科          | <input type="checkbox"/> 総合診療科 (後遺症) |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 循環器科   | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科   | <input type="checkbox"/> 泌尿器科         | <input type="checkbox"/> 下肢創傷外来      |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 内科   | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科  | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 (腎移植外来) |                                      |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 内科 (糖尿)  | <input type="checkbox"/> 整形外科 (関節・手・一般)                                      | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科       |                                      |  |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |
| 内容  | <p>・病状や受診目的等必ずご記入下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 早目受診希望。連携室より電話します。</p> |                                       |                                      | <p>FAX予約時の患者さんの2日前からの体調</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 37度以上の発熱 ( 有り・無し )</li> <li>・ 呼吸器症状 ( 有り・無し )</li> <li>・ 味、においがしない ( 有り・無し )</li> </ul> <p>同居家族に上記の症状はありますか。</p> <p>( )</p> |              |         |                               |                             |                             |                               |   |                               |                               |                                 |                               |                                |                                |                               |                              |                               |                              |                                      |                               |                                |                               |                                 |                             |                                 |                                       |  |                                  |   |                                 |  |

※病状によっては紹介予約より早めの予約をご希望の際は、連絡ください。

紹介予約票

月 日 ( ) AM  
PM :

受診科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 担当医師 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

・受診の際は、紹介状・お薬手帳・予約票・保険証・当院受診券(ある場合)他に、XP・CT・MRI・画像などがある場合必ずご持参下さい。  
・エコー、CT、MRI、内視鏡などの検査は後日の予約検査となります。

荘内病院 地域医療連携室

・電話 26-5155(直通)  
・FAX 26-5156(直通)