島根大学医学部附属病院紹介患者予約申込書（FAX）

令和　　年　　月　　日

島根大学医学部附属病院
地域医療連携センター　行
FAX　0853－20－2063
TEL　0853－20－2061
受付時間：8時30分～19時

各項目を漏れなくご記入ください。

紹介医療機関名称

医師氏名（診療科）

電 話 番 号　（　　）　　－

ＦＡＸ 番 号　（　　）　　－

患者様は貴院でお待ちですか？→ □ はい　□ いいえ

お名前・生年月日・性別・住所・電話番号または携帯番号の欄は必須です。
当院の受診歴がある場合でも診察券番号が不明でしたら空欄で構いません。
可能であれば、旧姓のご記入もお願いします。

●患者基本情報　※必ずふりがなをご記入下さい

ふりがな		旧　姓	性　別	生　年　月　日
患者氏名			男　・　女	大・昭・平・令 年　月　日（　歳）
住所	〒　－	電話番号		
		携帯電話		
受診歴	有・無・不明	診察券番号	―　―	

※当院より連絡する場合があります。

下欄※1及び2をご確認いただき、受診診療科に☑をお願いします。

●受診診療科　※各科の専門領域については診療案内をご覧下さい。

□ 内分泌代謝内科　□ 血液内科　□ 腫瘍内科★　□ 消化器内科　□ 肝臓内科　□ 脳神経内科
□ 膠原病・リウマチ内科　□ 呼吸器・化学療法内科　□ 腎臓内科　□ 循環器内科
□ 皮膚科　□ 形成外科　□ 小児科　□ 消化器外科　□ 肝・胆・膵外科　□ 小児外科
□ 乳腺・内分泌外科　□ 心臓血管外科　□ 呼吸器外科　□ 整形外科（部位：　　）
□ 脳神経外科　□ 泌尿器科　□ 精神科神経科★　□ 婦人科　□ 産科
□ 耳鼻咽喉科・頭頸部外科★　□ 眼科★　□ 放射線科★　□ 麻酔科（ペインクリニック）
□ 歯科口腔外科　□ リハビリテーション科　□ 総合診療科　□ もの忘れ外来

※1 下線診療科については、診療情報提供書を可能な限り添付にてFAX送信してください。（原本は受診時に持参ください）
※2 ★の診療科については、外来で調整してからのお返事になりますので、お返事に時間がかかります。予めご了承下さい。

●希望医師名　※原則、初診担当医による診察とさせていただきます。

医師　・　指定なし　・　特殊外来（　　）

●受診希望日時

特にご希望がない場合は、最短の日を予約します。

①　月　日（　）午前・午後　時頃　②　月　日（　）午前・午後　時頃
③　月　日（　）午前・午後　時頃　④　月　日（　）までの予約希望

●紹介目的・依頼内容・症状　※必ずご記入ください。診療情報提供書を添付していただいてもかまいません。

緊急性：□ 有り　□ 無し　｜　病名（疑い病名）：

紹介目的及び症状経過　：

ご記入いただいた内容をもとに、担当医・日時等を決定いたします。
出来るだけ詳しい内容のご記入をお願いします。

折り返し「紹介患者予約連絡票」をFAXいたしますので、患者様にお渡し下さい。
受付時間（8:30～19:00）を過ぎてのお申し込みは翌診療日にお返事させていただきますのでご了承願います。