

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

(医療機関専用) (令和8年7月改定)

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~18時30分

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

●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。

●受診診療科 ※各科の専門領域については診療案内をご覧ください。

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

※1 下線診療科については、診療情報提供書を添付し、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

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: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	病名(疑い病名):
紹介目的及び症状経過:	

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(8:30~18:30)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。