**外来診療予約申込書　（医科）**

**＜紹介状と併せてFAX送信をお願いします＞**

　　　年　　　月　　　日

※　急患は、FAXではお受けできません。ご希望の診療科に直接ご相談ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送 信 先 | 新潟大学医歯学総合病院  患者総合サポートセンター　予約センター（℡：０２５－２２７－０３７４）  （〒９５１－８５２０　新潟市中央区旭町通１番町７５４）  ***FAX番号：０２５－２２７－０９８４***（受付時間：９：００～１6：００） |

○　放射線治療科は、「放射線治療科依頼FAX用紙」と併せて送信をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご依頼元** | 医療機関名  診療科・医師名  FAX・電話番号 | （ご連絡担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 紹介目的等 | ※専門を特定できる内容及び緊急性を簡潔にご記入ください。 |
| **ご紹介**  **患者様** | ふりがな  氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　-    　電話番号（日中の連絡先又は携帯）　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 当院の受診歴 | 当院の受診歴がありますか？　□はい　　□いいえ  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **注）　眼科受診希望の方で、当院眼科を過去２年以内に受診されている方は、「再来患者」扱いとなりますので、予約をお取りすることはできません。**  **ただし、当科を終診している方はこの限りではありません。**  **注）　産科婦人科の分娩・NIPT検査予約には従来通り制限があります。この予約申込みは外来診療の予約であり当院での分娩・NIPT検査予約を確約するものではございません。**  **注）　精神科受診希望の方で、当院精神科を過去３年以内に受診されている方は、「再**  **来患者」扱いとなりますので、予約をお取りすることはできません。**  **ただし、当科を終診している方はこの限りではありません。** |
| **予約希望** | 受診希望診療科 | **（受診を希望する診療科にチェックしてください）**  □循環器内科　□内分泌・代謝内科　□血液内科 □腎・膠原病内科  □呼吸器・感染症内科　□消化器内科・肝胆膵内科　□心療内科  □脳神経内科　□腫瘍内科　□消化器外科　□乳腺外科　□心臓血管外科  □呼吸器外科　□形成・美容外科　□泌尿器科　□耳鼻咽喉・頭頸部外科  □脳神経外科　□皮膚科　□産科婦人科　□放射線治療科  □放射線診断科　□リハビリテーション科　　□病理診断科 |
| 【小児科】**（小児科受診希望は、下記の専門に一か所チェックしてください。）**  □腎疾患　□リウマチ・膠原病　□血液・腫瘍　□循環器  □内分泌・代謝　□感染症　□新生児　□神経　□その他 |
| 【眼科】**（眼科受診希望は、下記の専門に一か所チェックしてください。）**  □緑内障　□網膜硝子体　□斜視弱視　□神経眼科  □角膜・ぶどう膜炎　□白内障　□腫瘍形成　□ビジョン |
| 【整形外科】**（整形外科受診希望は、下記の専門に一か所チェックしてください。）**  □側弯症　□関節リウマチ　□脊椎・脊髄　□腫瘍　□手の外科  □股関節　□膝・スポーツ　□膝・肩・スポーツ　□小児整形　□OPLL |
| 【精神科】**（精神科受診希望は、下記の専門に一か所チェックしてください。）**  □精神科（中学卒後）　□児童精神科（中学生まで） |
| 受診希望日 | 1. 年　　　月　　　日（　　　　曜日） 2. 年　　　月　　　日（　　　　曜日） 3. いつでもよい |

Ｒ2.10改