

外来診療予約申込書 (医科)

年 月 日

<紹介状と併せてFAX送信をお願いします。>

※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 (Tel: 025-227-0374) 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 | |
| ご紹介 患者様 | ふりがな氏名 | (旧姓) 男・女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日生(歳) |
| | 住 所 | 〒 - (旧住所) 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ありません。 注) 精神科受診希望の方 で、当院精神科を過去1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) <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 腎・膠原病内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・感染症内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科・肝胆膵内科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 医科総合診療科※ <input type="checkbox"/> 消化器外科 <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"/> 形成・美容外科 <input type="checkbox"/> 小児外科※ <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 産科婦人科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 放射線診断科 <input type="checkbox"/> 麻酔科※ <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 新生児 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 網膜硝子体 <input type="checkbox"/> 斜視弱視 <input type="checkbox"/> 神経眼科 <input type="checkbox"/> 角膜・ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 腫瘍形成 <input type="checkbox"/> びジョン <input type="checkbox"/> 涙道 【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。) <input type="checkbox"/> 側弯症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 手の外科 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝・スポーツ <input type="checkbox"/> 膝・肩・スポーツ <input type="checkbox"/> 小児整形 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 精神科(中学卒業) <input type="checkbox"/> 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 |

※は令和6年4月1日以降