**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（℡：０２５－２２７－０３７４）***FAX番号：０２５－２２７－０９８４***（受付時間：９：００～１6：００） |

〇　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **ご紹介****患者様** | ふりがな |  | 男　・　女 |
| 氏名 | （旧姓　　　　　　　　　　） |
| 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）　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）（旧住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当院の受診歴 | 当院の受診歴がありますか？　□はい（ＩＤ：　　　　　　　　　　　　　）　□いいえ**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。****また、初診時に妊婦検診は受けられません。****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** | 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　□医科総合診療科 □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　□小児外科　□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　□麻酔科　□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□新生児聴力検査（尿中サイトメガロウイルス検査の実施　□済　　□未） |
| 【**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 □涙道 □運転 |
| 【**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・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
 |

Ｒ7.5改