

外 来 診 療 予 約 申 込 書 （医 科）

年 月 日

<紹介状と併せて F A X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 F A X 電話番号	(ご連絡担当者:)
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	〒 - 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) <u>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。</u> 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) <u>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。</u> また、<u>初診時に妊婦検診は受けられません。</u> 注) <u>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。</u> 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)
		☐ 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 ☐ びんよん ☐ 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(中学卒業) ☐ 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