

フリガナ			紹介元 医療機関	
氏名	様			
性別	男性・女性	旧姓 ※お分かりでしたら記入ください	医師氏名	
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	所在地	〒
住所	〒			
	所有者		電話番号	
電話番号 (連絡がとりやすい順番に記入)	①		FAX	
	②		部署名	
	③			
筑波大学附属病院受診歴	無・有⇒	筑波大学附属病院のID		

基本情報(診療科確認のために使用いたします)

主傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
画像データ(標準規格)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ご都合の悪い日 又は曜日	
医学的に望ましい 受診までの期間	<input type="checkbox"/> 1週間 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月		
予約取得の連絡	<input type="checkbox"/> FAXによる返信 <input type="checkbox"/> 電話のみの連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんご本人に連絡		
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。		

受診希望診療科に○をつけてください。

内科系	<input type="checkbox"/>	循環器内科	外科系	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科(循環器外科)	内・外科系以外	<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	消化器内科		<input type="checkbox"/>	消化器外科		<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科		<input type="checkbox"/>	呼吸器外科		<input type="checkbox"/>	皮膚科
	<input type="checkbox"/>	腎泌尿器内科		<input type="checkbox"/>	腎泌尿器外科		<input type="checkbox"/>	精神神経科
	<input type="checkbox"/>	内分泌代謝・糖尿病内科		<input type="checkbox"/>	乳腺・甲状腺・内分泌外科		<input type="checkbox"/>	婦人科
	<input type="checkbox"/>	小児科(小児内科)		<input type="checkbox"/>	小児外科		<input type="checkbox"/>	周産期科(産科)
	<input type="checkbox"/>	神経内科(脳神経内科)		<input type="checkbox"/>	脳神経外科		<input type="checkbox"/>	保健衛生外来
	<input type="checkbox"/>	膠原病リウマチアレルギー内科		<input type="checkbox"/>	脳卒中科		<input type="checkbox"/>	遺伝外来
	<input type="checkbox"/>	血液内科		<input type="checkbox"/>	整形外科		<input type="checkbox"/>	麻酔科
	<input type="checkbox"/>	総合診療科		<input type="checkbox"/>	形成外科		<input type="checkbox"/>	放射線腫瘍科(放射線)
<input type="checkbox"/>	感染症科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	<input type="checkbox"/>	放射線腫瘍科(陽子線)			

専門外来	外来	希望医師名	医師
------	----	-------	----

★注意事項

- 希望医師のご指定がない場合は、初診担当医師の予約をお取りいたします。
- 診療当日は、紹介状原本と画像データ等をお持ちください。

※ 画像データは、標準規格で提供願います。また、本院システム取り込みに時間が掛かることから事前にご送付ください。

医療連携患者相談センター

【電話】 029-853-3727
 【FAX】 029-853-3712
 【受付時間】 8:30~17:00
 (土日祝日 年末年始を除く)
 上記受付時間に降に届いたFAXは、翌診療稼働日の対応となります。

その他の事項

患者さんからの予約の変更またはキャンセルは、予約センターでお受けいたします。(予約センター 029-853-3570)
 セカンドオピニオン外来は、通常の予約枠とは別になっております。折り返し担当者よりご連絡いたします。
 (セカンドオピニオン外来担当 029-853-3562)

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院あてに送られています。もし、誤って届いた場合は、お手数ですがその旨を上記紹介元医療機関にお知らせいただき、書類は破棄してください。