

～～当申込書と貴院の診療情報提供書をFAX送信くださいますよう、お願い申し上げます。～～

筑波大学附属病院

医療連携患者相談センター

筑波大学附属病院使用欄

予 約	/	:
	科 Dr.	

受診予約申込書

申込日: 年 月 日

FAX:029-853-3712

ID:

フリガナ			紹介元 医療機関		
氏 名	様		医師氏名		
性 別	☐ 男性 ☐ 女性	旧 姓 ※お分かりでしたらご記入ください			
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		所在地	〒 ー	
住 所	〒 ー				
電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		所有者	電話番号	
	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		ー

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	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 手術 ☐ その他()			☐ セカンドオピニオン	
画像データ	☐ 有 ☐ 無			都合の悪い日 または曜日	
医学的に望ましい 受診までの期間	☐ 1週間 ☐ 1ヶ月 ☐ 3ヶ月			☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金	
受診当日の状況	☐ 通院中 ☐ 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。

* 紹介状、検査・画像データは、事前にご送付ください。

内 科 系	☐	循環器内科	外 科 系	☐	心臓血管外科	内・ 外 科 系 以 外	☐	眼科
	☐	消化器内科		☐	消化器外科		☐	耳鼻咽喉科
	☐	呼吸器内科		☐	呼吸器外科		☐	皮膚科
	☐	腎臓内科		☐	泌尿器科		☐	精神神経科
	☐	内分泌代謝・糖尿病内科		☐	乳腺・甲状腺・内分泌外科		☐	婦人科
	☐	小児内科		☐	小児外科		☐	産科
	☐	神経内科		☐	脳神経外科		☐	メンタルヘルス科
	☐	膠原病・リウマチ・アレルギー内科		☐	脳卒中科		☐	遺伝診療科
	☐	血液内科		☐	整形外科		☐	麻酔科
	☐	総合診療科		☐	形成外科		☐	放射線腫瘍科(放射線)
☐	感染症科	☐	歯科・口腔外科	☐	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

1. 予約日時の確定後、当院より「予約票」をFAX返信致します。患者さんへのご連絡は貴院にてご対応をお願い申し上げます。
2. 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。
3. 紹介状と画像データ等の事前送付にご協力ください。
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
※ 郵送の際は、右記「紹介状・画像等受付担当」宛てにご送付ください。
4. 患者さん都合による予約変更・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 029-853-7668)
5. セカンドオピニオン外来は、お申込み後、担当者からご連絡いたします。
(セカンドオピニオン外来担当 029-853-3562)
6. 平日17時00分以降、土日祝日・年末年始等の休診日に届いたFAXは、翌診療稼働日の対応となります。

※ このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院宛てに送られています。
誤って届いた場合は、大変お手数ですがその旨を上記『紹介元医療機関』にお知らせください。

紹介状・画像データ送付先

〒305-8576
茨城県つくば市天久保2-1-1
筑波大学附属病院
紹介状・画像等受付担当

患者さんの待ち時間短縮のため、事前送付にご協力をお願いいたします。