

筑波大学附属病院

医療連携患者相談センター 宛

受診予約申込書

FAX:029-853-3712

申込日: 年 月 日

予約	/	:
	科 Dr.	
ID:		

フリガナ 氏名			様	紹介元 医療機関			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	旧姓			医師氏名		
生年月日	年 月 日				〒	-	
住所	〒 -				所在地		
患者または 家族の 電話番号	9時～17時で連絡が取れる番号		続柄	部署:	ご担当者:		
	①			電話番号			
②			FAX				

日本の公的医療保険  加入  未加入 →理由:

※外国籍で日本の公的医療保険を持たない方は、経済産業省または観光庁に登録された身元保証機関を通じていただく必要があります。その場合の診療費は、保険点数×30円＋消費税となります。

基本情報

主傷病名					
画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	都合の悪い日 または曜日	特定日:		
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		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金		
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。 \* 診療情報提供書、検査・画像データは、事前にご送付ください。

<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	消化器外科	<input type="checkbox"/>	感染症科	<input type="checkbox"/>	腫瘍内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>	歯科・口腔外科
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	婦人科	<input type="checkbox"/>	膠原病・リウマチ・アレルギー内科
<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	乳腺・甲状腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/>	産科	アレルギーセンター	
<input type="checkbox"/>	内分泌代謝・糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	小児外科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(内科)
<input type="checkbox"/>	小児内科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(呼吸器内科)
<input type="checkbox"/>	神経内科	<input type="checkbox"/>	脳卒中科	<input type="checkbox"/>	遺伝診療科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(皮膚科)
<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	麻酔科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(耳鼻咽喉科)
<input type="checkbox"/>	総合診療科	<input type="checkbox"/>	整形外科・スポーツクリニック	<input type="checkbox"/>	精神神経科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(眼科)
<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	放射線腫瘍科	<input type="checkbox"/>	アレルギー(小児科)

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

注意事項

- 予約日時確定後、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。
- 診療情報提供書、画像データ等は予約日の2日前(休診日を除く)までに到着するよう事前送付ください。  
**到着していない場合、受診当日にお待ちいただきます。**  
※ 画像データは、標準規格(DICOM)でご提供ください。
- セカンドオピニオン外来は下記にお申込み下さい。  
TEL:029-853-3562 FAX:029-853-3612
- 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。

<p>診療情報提供書・画像データ送付先</p> <p>〒305-8576 茨城県つくば市天久保2-1-1</p> <p>筑波大学附属病院 診療情報提供書・画像等受付担当</p>
--