

骨塩定専用 事前診察申込書

FAX 024-547-1075

＜申込み受付時間＞ 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:00

電話番号(直通)024-547-1074

【予約受付時間外のお申込みにつきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。】

※診察は患者さんご本人しか行いません。ご本人の同意があってもご家族の方だけで受診することはできません。この申込書は地域連携用です。患者さんからの直接の申込はお受けしていません。

予約情報	診療予約の希望日	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()	第3希望 月 日 ()	()希望日なし ()その他()
	＜紹介患者さんの疾病名＞				
	＜紹介目的・患者さんの状況＞				D P C 入院中 8 8 1 該当は○印
	＜受診者の利き手を教えてください＞				← 必ず○を付けてください
		左	右		

受診者情報	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳	
	住所	〒 -	
	電話番号		
	医大受診歴	有・無	医大患者ID

↓ 受診希望科に○印

<input type="checkbox"/>	1	循環器内科
<input type="checkbox"/>	2	血液内科
<input type="checkbox"/>	3	消化器内科
<input type="checkbox"/>	4	リウマチ・膠原病内科
<input type="checkbox"/>	5	腎臓・高血圧内科
<input type="checkbox"/>	6	糖尿病・内分泌代謝内科
<input type="checkbox"/>	7	呼吸器内科
<input type="checkbox"/>	8	漢方内科
<input type="checkbox"/>	9	総合内科
<input type="checkbox"/>	10	脳疾患センター(神経内科)
<input type="checkbox"/>		脳疾患センター(脳神経外科)
<input type="checkbox"/>	11	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	12	消化管外科
<input type="checkbox"/>	13	肝胆膵・移植外科
<input type="checkbox"/>	14	乳腺外科
<input type="checkbox"/>	15	小児外科
<input type="checkbox"/>	16	甲状腺・内分泌診療センター(内科)
<input type="checkbox"/>		甲状腺・内分泌診療センター(外科)
<input type="checkbox"/>	17	心臓血管外科
<input type="checkbox"/>	18	整形外科
<input type="checkbox"/>	19	形成外科
<input type="checkbox"/>	20	産科、婦人科
<input type="checkbox"/>	21	小児科
<input type="checkbox"/>	22	小児腫瘍内科
<input type="checkbox"/>	23	眼科
<input type="checkbox"/>	24	皮膚科
<input type="checkbox"/>	25	泌尿器科・副腎内分泌外科
<input type="checkbox"/>	26	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
<input type="checkbox"/>	27	心身医療科
<input checked="" type="checkbox"/>	28	放射線科
<input type="checkbox"/>	29	放射線治療科
<input type="checkbox"/>	30	(核医学診療室)
<input type="checkbox"/>		核医学科
<input type="checkbox"/>	31	麻酔・疼痛緩和科
<input type="checkbox"/>	32	歯科口腔外科

紹介元医療機関情報	名称及び住所		
	電話番号		
	FAX番号		
	医師名	科	先生

予約日程を調整のうえ速やかに「診療予約回答書」をFAXで返信いたします。返信された「診療予約回答書」は患者さんにお渡し願います。医師指定の場合などは、回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。
 (注1)放射線検査(CT, MRI)・核医学検査(RI)の予約を希望される場合は、指定書式の「検査依頼書」及び「同意書」も併せて送信してください。(指定様式が不明の際はご連絡ください。FAXにてお送りいたします。)
 (注2)核医学検査の「心筋シンチ」は地域連携による予約はできませんので、まず循環器内科へご紹介ください。
 (注3)PET検査のご予約については、PET検査室(024-547-1383)へご連絡ください。

この事前診察申込書に記載された患者さんの個人情報は、福島県立医科大学附属病院における患者登録及び診療予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意をいただいた上で申し込みください。