

東京医科歯科大学医学部附属病院 外来予約申込書

FAX番号 03-5803-0285

年 月 日

| | | | |
|--------------------------|-----------|---|--|
| 【紹介元医療機関】 | | 【予約取得の連絡】 | |
| 【診療科・医師名】 ※フルネームでご記入ください | | <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ連絡 | |
| 【申込担当者】 (内線) | | <input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡 (TEL: - -) | |
| 【TEL】 - - / - - | 【FAX】 - - | 【医療機関へ連絡の場合】 当院から送付する予約票を患者さんへお渡しください。 【当院から患者さんに連絡の場合】 貴院にも予約日をお知らせします。 | |

◆ 該当する箇所を○で囲んでください

【貴院受診状況】 通院中・入院中 (申込書と併せて診療情報提供書を送付ください)

| | | |
|------|---------------------|-----|
| ふりがな | | 性別 |
| 患者氏名 | | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) | |

◆ 受診希望日時 ※ご予約時間の30分前にお越しくださいますようお願いいたします。

① (月 日 AM・PM・指定なし) ② (月 日 AM・PM・指定なし) ③ (月 日 AM・PM・指定なし)

◆ 受診希望科を○で囲んでください。なお、★印がついた診療科は□に✓をお願いします。

| 内科系 | | 外科系 | |
|--|--|--|--|
| ★ 血液内科 (□一般 □CAEBV外来) | | ★ 食道外科 (□一般 □鼠径ヘルニア) | |
| ★ 膠原病・リウマチ内科 (□一般 □先端医療センター) | | 胃外科 | |
| 糖尿病・内分泌・代謝内科 | | 大腸・肛門外科 | |
| ★ 腎臓内科 (□一般 □透析合併症) | | 消化器化学療法外科 | |
| ★ 総合診療科 (□一般 □漢方 □もの忘れ) | | ★ 乳腺外科 (□一般 □HBOC外来 □プレストセンター) | |
| ★ 消化器内科 (□一般 □IBDセク- □肝炎肝がん) | | ★ 肝胆膵外科 (□一般 □神経内分泌腫瘍) | |
| 循環器内科 | | 呼吸器外科 | |
| 不整脈センター | | ★ 泌尿器科 | |
| ★ 呼吸器内科 (□一般 □禁煙) | | (□一般 □腎・膀胱・前立腺がんセク- □尿失禁・膀胱子宮脱) | |
| ★ 快眠センター (□睡眠時無呼吸症候群 □不眠・睡眠障害) | | ★ 頭頸部外科 (□一般 □みみ・はな・くち・のどがんセンター) | |
| 脳・神経・精神 | | 心臓血管外科 | |
| 脳神経外科 | | 小児外科 | |
| ★ てんかんセンター (□一般 □小児てんかん外来) | | 血管外科 (末梢血管外科) | |
| ★ 脳神経内科 (旧神経内科) (□一般 □認知症予防 □神経難病先端医療セク-) | | 感覚・皮膚・運動機能 | |
| 血管内治療科 | | 眼科 | |
| 麻酔・蘇生・ペインクリニック科 | | 耳鼻咽喉科 | |
| 小児・周産・女性 | | ★ 皮膚科 (□一般 □発汗 □フットケア) | |
| ★ 小児科 (□内分泌 □膠原病 □循環器 □神経 □新生児 □血液・免疫 □腎臓) | | ★ アレルギー疾患先端治療センター (□皮膚科 □呼吸器内科 □小児科 □耳鼻咽喉科) | |
| ★ 周産・女性診療科 (□産科 □婦人科 □HBOC外来) | | ★ 形成・美容外科 (□一般 □プレストセンター) | |
| 放射線 | | ★ 整形外科 (□脊椎 □膝 □股関節 □上肢・肩 □腫瘍 □小児 □スポーツ医診 □神経難病先端医療センター) | |
| 放射線治療科 | | 高気圧治療部 | |
| | | ★ 高気圧治療部 (□一般 □減圧症) | |

医師の指定 (あり ・ なし) 医師名 ()

⚠ 緊急性があり当日受診が必要な場合は03-5803-4900にお電話下さい。(24時間対応)
※診療情報提供書はNo.2のフォーマット、または貴院の書式をご使用ください。

【お問い合わせ】 医療連携支援センター地域連携室 電話 03-5803-4655 (平日8:30~16:00)

診療情報提供書

年 月 日

東京医科歯科大学医学部附属病院
〒113-8519
東京都文京区湯島1-5-45
電話 (03) 3813-6111 (代表)

診療科

科

担当医

先生

紹介医療機関名

所在地

電話番号

診療科

医師名

※印鑑または名刺を貼付いただいても結構です

印

| | |
|---------------|--------------------|
| フリガナ | 生年月日 |
| 患者氏名 (男・女) | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 電話番号 |

傷病名

紹介目的

既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過

現在の処方

添付

 処方箋コピー 画像診断 検査結果 その他 ()

備考 ①必要がある場合は続紙に記載して添付すること

②必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること

③紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入することかつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること