

和歌山県立医科大学附属病院 紹介予約申込書

予約センター宛 FAX 073-441-0805

受付時間 9:00~19:00(月・火・水・金) 9:00~17:00(木) ※祝日、年末年始を除く

本用紙と診療情報提供書で、ご予約のお申し込みを承ります。すぐに診療情報提供書をご準備できない場合は、お申し込み後概ね3日を目途にFAXのご送付をお願いします。

申込日 年 月 日

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| 当院受診歴 | <input type="checkbox"/> あり (旧姓で登録済の場合、旧姓:) <input type="checkbox"/> なし | | |
| フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| 患者名 | | 年 月 日生 | |
| 住所 | (〒 -) 自宅: - - 携帯: - - <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(続柄:) | | |
| 患者の状況 | <input type="checkbox"/> 外来患者 (<input type="checkbox"/> 待機中) <input type="checkbox"/> 入院患者 | | |
| 希望する予約日 | (第1希望) 月 日 | (第2希望) 月 日 | (第3希望) 月 日 |
| 受診希望科 | | | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科・腫瘍内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病センター |
| <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 神経精神科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科・乳腺外科 |
| <input type="checkbox"/> 消化器・内分泌・小児外科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 産科・婦人科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 放射線科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 |
| <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア | <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター | |
| 希望医師名 | | | |
| 傷病名 | ※日本語でわかりやすくご記入ください | | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 紹介元医療機関名 | 担当者: | | TEL: - - FAX: - - |
| 診療科 | 科 | 医師名 | |

- ※ 患者名のフリガナはコンピュータ登録に必要となりますので、必ずご記入ください。
- ※ 予約日時が決まり次第、予約票を送信します。
- ※ FAXは受付時間後も承りますが、対応は翌平日となりますのでご了承ください。
- ※ 予約受付は、希望する予約日前日(前日が休日のときは直近の診療日)の受付時間内までとします。
- ※ 診療科・医師によってはご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。

セカンドオピニオンが目的の場合は、この予約申込書では受け付けておりません。
セカンドオピニオン外来 (073-441-0824) までお電話ください。

予約専用お問い合わせ先 TEL : 073-441-0804
(電話対応時間 : 祝日、年末年始を除く 月・火・水・金 9:00~19:00 / 木 9:00~17:00)