

## 紹介患者予約申込書

送信先	山梨大学 医学部 附属病院 総合支援部 地域医療連携室 FAX番号 055-273-9832 【受付時間】 月～金 9:00～17:00
-----	---

医療機関名	
診療科・医師名	
電話・FAX	
(フリガナ)	
患者氏名	旧姓( ) (男・女)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) (西暦 年)
電話番号	
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 当院診察券ID( )
<b>* 氏名・生年月日の記載間違えないようお願いします。 担当・記載者名( )</b>	

患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅
予約日の希望	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日または 月 日) <input type="checkbox"/> なし
都合の悪い日・曜日	

\* 診療科によっては予約が大変混みあっているため、来院日のご希望に添えない場合には、ご都合の悪い日を除いた最短の日程で予約をお取りさせていただきます。ご了承ください。

\* 日時変更・キャンセルについてはお手数ですが紹介元医療機関よりご連絡くださいますようお願い致します。

紹介における主病名		
申込み診療科 (別紙1をご参照下さい)	診療科名	診療項目
		* 整形外科・脳神経外科をご予約希望の場合は「疾患部位」も併せてご記入ください。

## 【医療機関へのお願い】

\* 当院宛の紹介状を受診2日前までに地域医療連携室に FAX してください。

山梨大学医学部附属病院  
総合支援部 地域医療連携室  
電話:055-273-9815(直通)  
FAX:055-273-9832

\*受診希望の診療科と診療項目を「紹介患者予約申込書」に記載をお願いします。

診療科	診療項目	予約可否	診療科	診療項目	予約可否
内科	消化器内科	●	整形外科	波呂教授	●
	脂肪肝外来	●		腫瘍(疾患部位を記入してください)	◎
	循環器内科	◎		その他(疾患部位を記入してください)	◎
	呼吸器内科	●	脳神経外科	一般(疾患部位を記入してください)	◎
	糖尿病・内分泌内科	●		脊椎・脊髄	◎
	腎臓内科	●	麻酔科		●
	リウマチ膠原病内科	●	放射線科	放射線治療	●
	神経内科	●		IVR治療	●
	血液・腫瘍内科	●	産婦人科	一般	○
総合診療部	●	不妊外来		●	
小児科	血液・腫瘍	●	泌尿器科	一般	●
	小児内分泌・尿糖	●		女性	●
	代謝・肝	●		透析アクセス	●
	肥満	●		小児	●
	腎臓・学校検尿	●		男性不妊	●
	神経	●	眼科	飯島名誉教授	●
	小児睡眠	●		柏木教授(緑内障含む)	●
	心臓・川崎病	●		一般	●
	小児リウマチ膠原病外来	●		白内障	●
	成人先天性心臓	●		網膜内科	●
精神科	●	網膜外科	●		
皮膚科	◎	斜視弱視	●		
形成外科	●	角膜	●		
外科	消化管	◎	耳鼻咽喉科	涙道	●
	肝臓・胆のう・膵臓	◎		一般	●
	乳腺外科	●	歯科口腔外科	小児難聴	●
	遺伝カウンセリング(乳腺)	●			●
	心臓外科	◎	センター	てんかんセンター	●
	血管外科	◎		遺伝子疾患診療センター	●
	呼吸器外科	◎		IVRセンター	●
	小児外科	◎		アレルギーセンター	●

## 【表中予約可否欄】

●・・・予約必須

◎・・・予約可もしくは予約なし当日来院可(\*)

○・・・予約不可(\*)

(\*)予約なしで来院なさる場合、各科診療日、休診日を前日にご確認の上、8:30~10:30までにお越しください。