

紹介患者予約申込書

2025年11月1日改

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 F A X 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・F A X	
(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()
*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()	

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。

*予約当日は、本人確認や患者登録のためお時間を要する場合がありますが、あらかじめご了承ください。

*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FAXしていただいた後、正式な予約完了となります。

*当院では、WEBからの予約システムを推奨しております。患者さんのご都合に合わせ予約を取得できます。詳しくは、当院HPをご覧ください。

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