

紹介患者予約申込書(予約票)

R2.4改

送信先	山梨大学 医学部 附属病院 医療福祉支援センター 予約変更センター FAX番号 055-273-9832 【受付時間】 月～金 9:00～17:00
-----	---

ご依頼元	医療機関名 診療科・医師名 電話・FAX (ご連絡担当者: _____)
------	---

ご紹介患者様	ふりがな 氏名 _____ (男・女)
	旧姓がある方は旧姓もご記入ください 旧姓(_____)
	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(_____)

予約希望日	第1希望 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	第2希望 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

予約希望診療科	希望する診療科名の予約枠欄に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください	
	(第一内科) <input type="checkbox"/> 消化器内科	
	(第二内科) <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科	
	(第三内科) <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> リウマチ膠原病内科	
	<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科	
	<input type="checkbox"/> 総合診療部	
	(小児科) <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍 <input type="checkbox"/> 小児内分泌・尿糖 <input type="checkbox"/> 肝・代謝 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 腎臓・学校検尿 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 遺伝子疾患	
	<input type="checkbox"/> 精神科	
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
	<input type="checkbox"/> 形成外科	
	(第一外科) <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 肝臓・胆のう・膵臓 <small>* 虫垂炎・ヘルニア・痔の診察は原則として行っておりませんので、ご了承ください。</small>	
	(第二外科) <input type="checkbox"/> 心臓外科 <input type="checkbox"/> 血管外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科	
	(整形外科) <input type="checkbox"/> 波呂教授 <input type="checkbox"/> 腫瘍(疾患部位: _____) <input type="checkbox"/> その他(疾患部位: _____)	
	(脳神経外科) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄 <input type="checkbox"/> てんかんセンター	
	<input type="checkbox"/> 麻酔科	
	(泌尿器科) <input type="checkbox"/> 武田教授 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 透析アクセス <input type="checkbox"/> 小線源治療 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 男性不妊	
	(眼科) <input type="checkbox"/> 飯島名誉教授 <input type="checkbox"/> 柏木教授(緑内障含む) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 網膜外科 <input type="checkbox"/> 網膜内科 <input type="checkbox"/> 斜視弱視 <input type="checkbox"/> 涙道 <input type="checkbox"/> 角膜	
	(頭頸部・耳鼻咽喉科) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> アレルギーセンター <input type="checkbox"/> 小児難聴	
	(放射線科) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> IVR初診	
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	

- ご案内
 - *乳腺外科,腎臓内科,神経内科,産婦人科は初診の紹介予約診療を行っておりません。
 - *形成外科は再診枠での予約となります。
 - *ご希望日に予約が困難な場合には電話連絡をいたします。
 - *変更・キャンセルにつきましては、右記専用ダイヤルにお電話ください。(055-273-9815)