

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()
*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	

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	該当番号

【医療機関へのお願い】

* 該当番号31～33の予約希望の場合は「疾患部位」も併せてご記入ください。

*** 下記診療科につきましては、受診日前々日までに紹介状を下記番号へFAXしてください。**

消化器内科	055-273-6748	血液・腫瘍内科	055-273-1274
糖尿病・内分泌内科	} 055-273-9685	整形外科	055-273-9241
腎臓内科		放射線科	055-273-6744
リウマチ膠原病内科		乳腺外科	055-273-7390
		透析アクセス	055-273-9826

* 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。TEL(055-273-9815)

(別紙1)

*受診希望の診療科と該当番号を「紹介患者予約申込書」に記載をお願いします。

診療科		該当 番号	事前の 紹介状 FAX送信	診療科		該当 番号	事前の 紹介状 FAX送信
内科	消化器内科	1	要	整形外科	波呂教授	30	要
	脂肪肝外来	2			腫瘍(疾患部位を記入してください)	31	要
	循環器内科	3			その他(疾患部位を記入してください)	32	要
	呼吸器内科	4		脳神経外科	一般(疾患部位を記入してください)	33	
	糖尿病・内分泌内科	5	要		脊椎・脊髄	34	
	腎臓内科	6	要	麻酔科		35	
	リウマチ膠原病内科	7	要	放射線科	放射線治療	36	要
	神経内科	8			IVR治療	37	要
	血液・腫瘍内科	9	要	泌尿器科	一般	38	
総合診療部	10		女性		39		
小児科	血液・腫瘍	11			透析アクセス	40	要
	小児内分泌・尿糖	12			小児	41	
	代謝・肝	13		男性不妊	42		
	肥満	14		眼科	飯島名誉教授	43	
	腎臓・学校検尿	15			柏木教授(緑内障含む)	44	
	神経	16			一般	45	
	小児睡眠	17			白内障	46	
	心臓	18			網膜内科	47	
精神科	19		網膜外科		48		
皮膚科	20		斜視弱視		49		
形成外科	21		角膜		50		
外科 *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。	消化管	22		耳鼻咽喉科	涙道	51	
	肝臓・胆のう・膵臓	23			一般	52	
	乳腺外科	24	要	小児難聴	53		
	遺伝カウンセリング(乳腺)	25	要	歯科口腔外科	一般	54	
	心臓外科	26			顎変形症	55	
	血管外科	27		センター	てんかんセンター	56	
	呼吸器外科	28			IVRセンター	57	
	小児外科	29			アレルギーセンター	58	
				遺伝子疾患診療センター	59		

*産婦人科は初診の紹介予約診療を行っていません。