令和6年8月1日改定

ＦＡＸの受付は24時間随時行っております。（ただし、夜間・土・日・祝日・年末年始は地域医療連携室担当者不在の為、お返事は翌日または休日明けになりますのでご了承ください。）

野崎徳洲会病院　担当医師宛

※この用紙は当院ＨＰよりダウンロードすることができます。

**診療情報提供書　兼　診療申込書**

受診希望されます科に、　☑　をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏名** |  | **生年月日** | **大正・昭和・平成・令和**  **年　　　 月　　　 日(　　　歳)** |
| **ＴＥＬ** | **自宅電話：　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話：** | | |
| **紹介目的** | **□診察・精査依頼 □入院相談　□その他（　　　　　　　　　　　　）** | | |

□別紙診療情報提供書添付（貴院所定の診療情報提供書の添付願います）

※検査データや画像、お薬手帳は当日ご持参ください

**問い合わせ・連絡先：地域医療連携室TEL/FAX　0120-74-1644/0120-27-1655**

※CT、MRI依頼は地域医療連携室へ直接お問い合わせください。（この申し込み用紙は不要です）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 内科 | □ | 一般外科 | □ | 放射線治療科 |
| □ | 糖尿病外来 | □ | 心臓血管外科 | □ | 無呼吸外来 |
| □ | 腎臓内科 | □ | 婦人科 | □ | 人工透析 |
| □ | 脳神経外科 | □ | 小児科 | □ |  |
| □ | 循環器内科 | □ | 神経内科 | □ |  |
| □ | 呼吸器外科 | □ | 眼科 | □ |  |
| □ | 消化器内科 | □ | 歯科口腔外科 | □ |  |
| □ | 消化器外科 | □ | 皮膚科 | □ |  |
| □ | 呼吸器外科 | □ | 泌尿器科 | □ |  |
| □ | 整形外科 | □ | 形成外科 | □ |  |
| □ |  | □ |  | □ |  |
| 希望医師：　有　・　無　　有の場合　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | | | |
| 受診希望日：　有　・　無　　有の場合　　第1希望　　年　　月　　日　　第2希望　　年　　月　　日 | | | | | |

**◆受診希望科**

**◆患者様情報**

**【紹介元医療機関】**　施設・医療機関名

　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　ＦＡＸ