

# 紹介患者カルテ事前準備依頼書

様式1

診F

- 初診予約受付( 0952-28-1495 )へお電話ください。  
 受付時間：月～金 8時30分～17時15分 (土・日・祝日・年末年始12/29～1/3を除く)  
 (翌営業日予約については17時迄)  
 \* 受診希望日の1ヶ月前より予約可能となります。
- 『紹介患者カルテ事前準備依頼書』に必要事項を記入後、よろしければ診療情報提供書と一緒にFAX願います。  
 \* 紹介状の宛名は『担当医』でお願いします。  
 \* 当館は医師指定(整形外科以外)でのご予約は受け付けておりません。ご了承ください。
- 診察の都合上、予約時間より遅れて診察になる場合がある事を患者さんへ必ずお伝えください。
- 当館より、電話をする場合があります事を患者さんへお伝えください。

| 紹介元                                |                                     |                                 |                                       |   |     |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|-----|
| 貴医療機関名                             |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 住所                                 |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 医師氏名                               |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 電話番号                               |                                     |                                 |                                       |   |     |
| FAX番号                              |                                     |                                 |                                       |   |     |
| ご担当者名                              | 部署                                  |                                 | 内線                                    |   |     |
| 受診を希望する診療科に○をつけ、以下についてすべてご記入願います。  |                                     |                                 |                                       |   |     |
| <input type="checkbox"/> 総合内科      | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科      | <input type="checkbox"/> 肝胆膵内科  | <input type="checkbox"/> 消化器内科        | <input type="checkbox"/> 血液内科                         |     |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科      | <input type="checkbox"/> 糖尿病代謝内科    | <input type="checkbox"/> 感染症内科  | <input type="checkbox"/> 小児科(一般)      | <input type="checkbox"/> 循環器内科                        |     |
| <input type="checkbox"/> 不整脈外来     | <input type="checkbox"/> 脳神経内科      | <input type="checkbox"/> もの忘れ外来 | <input type="checkbox"/> 消化器外科        | <input type="checkbox"/> 肝胆膵外科                        |     |
| <input type="checkbox"/> 乳腺外科      | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科      | <input type="checkbox"/> 小児外科   | <input type="checkbox"/> 眼科           | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科                      |     |
| <input type="checkbox"/> 婦人科       | <input type="checkbox"/> 産科         | <input type="checkbox"/> 泌尿器科   | <input type="checkbox"/> 形成外科         | <input type="checkbox"/> 小児言語リハ                       |     |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科       | <input type="checkbox"/> 整形外科       | <input type="checkbox"/> 脊椎外科   | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆外来        | <input type="checkbox"/> 脳神経外科                        |     |
| <input type="checkbox"/> 心臓血管外科    | <input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科 |                                 | <input type="checkbox"/> アレルギー・喘息専門外来 |   |     |
| <input type="checkbox"/> 放射線治療     |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 電話予約結果(受診日時)                       | 月                                   | 日                               | 曜日                                    | 時   | 分   |
| 傷病名                                |                                     |                                 |                                       |   |     |
| <input type="checkbox"/> 診療情報提供書添付 |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 紹介理由                               |                                     |                                 |                                       |   |     |
| 来院方法 / 入外                          | <input type="checkbox"/> 徒歩         | <input type="checkbox"/> 車イス    | <input type="checkbox"/> ストレッチャー      | <input type="checkbox"/> 現在、入院中                       |     |
| 患者さん情報                             |                                     |                                 | 好生館ID:                                |   |     |
| フリガナ                               | 旧姓                                  |                                 | 性別                                    | 当館の受診歴  |     |
| 氏名                                 |                                     |                                 | 男・女                                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |
| 生年月日                               | 明・大・昭・平・令                           | 年                               | 月                                     | 日   | (才) |
| 住所                                 | 〒                                   |                                 |                                       |   |     |
| 電話番号                               | ( )                                 | 携帯番号                            |                                       |   |     |

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館