

内科(糖尿病外来・循環器内科含む) 診察予約申込書

■紹介元情報

※この用紙とともに診療情報提供書を送付願います。

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | 医師名 | |
| 住所 | | 担当者 | |
| TEL | | FAX | |

■患者情報

カルテID:()

| | | | | |
|--------|--|--|--|---|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢(歳) |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 | | | |
| TEL | | 貴島病院本院への受診歴 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 貴院の状況 | <input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 現在入院中(退院予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | | |
| 保険者番号 | | 記号 | | 番号 |
| 被保険者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | 資格取得日 | 年 月 日 | |
| 被保険者氏名 | | 有効期限 | 年 月 日 | |
| 公費負担番号 | | 公費受給者番号 | | |
| 公費負担番号 | | 公費受給者番号 | | |

■依頼内容

| | | | | | | | |
|---------------|---|--|------------------------|---|--------------|----------------------|------------|
| 受診希望診療科 | 内科 | | 受診希望担当医 | <input type="checkbox"/> 貴島秀行Dr <input type="checkbox"/> 西村Dr <input type="checkbox"/> 前野Dr <input type="checkbox"/> 指定なし | | | |
| 受診希望日 | 希望① | 年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診 | | | | | |
| | 希望② | 年 月 日() <input type="checkbox"/> 午前診 <input type="checkbox"/> 夜診 | | | | | |
| 不都合日 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | |
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | ←2025年4月現在 |
| 午前診 | 太田 西村 | 山本 貴島秀行 | 前野 (12:30~1枠) 西村 | 前野 (再診のみ) 貴島秀行 | 太田 山本 | 前野 (再診のみ) 貴島秀行 | |
| 夜 診 17:30~ | 山本 | 西村 | 四維 18:00~ | 前野 (17:00~1 枠) | 岩田 18:00~ | - | |

※前野Dr初診に関しては(水)12:30、(木)17:00 の週2枠となっております。

※担当医不在等により即日回答できない場合がございます。

※予約確定をした後に、こちらより「外来予約票」をFAX致します。

※予約優先の診察となりますが、予約外の診察も行っております。

貴島病院本院 地域医療連携室