

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
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~	-

←2025年4月現在

※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