

東京科学大学病院 外来予約申込書

FAX番号 03-5803-0285

年 月 日

【紹介元医療機関】	【予約取得の連絡】
【診療科・医師名】 ※フルネームでご記入ください	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ連絡
【申込担当者】 (内線)	<input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡 (TEL: - -)
【TEL】 / 【FAX】	【医療機関へ連絡の場合】 当院から送付する予約票を患者さんへお渡しください。 【当院から患者さんに連絡の場合】 貴院にも予約日をお知らせします。

◆ 該当する箇所を○で囲んでください

【貴院受診状況】 通院中・入院中 (申込書と併せて診療情報提供書を送付ください)

ふりがな		性別
患者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	

◆ 受診希望日時 ※ご予約時間の30分前にお越しくださいますようお願いいたします。

① (月 日 AM・PM・指定なし) ② (月 日 AM・PM・指定なし) ③ (月 日 AM・PM・指定なし)

◆ 受診希望科を○で囲んでください。なお、★印がついた診療科は□に✓をお願いします。

内科系		外科系	
★ 血液内科 (□一般 □CAEBV外来)		★ 食道外科 (□一般 □鼠径ヘルニア)	
★ 膠原病・リウマチ内科 (□一般 □先端医療センター)		胃外科	
糖尿病・内分泌・代謝内科		大腸・肛門外科	
★ 腎臓内科 (□一般 □透析合併症)		消化器化学療法外科	
★ 総合診療科 (□一般 □漢方 □もの忘れ)		★ 乳腺外科 (□一般 □HBOC外来 □プレストセンター)	
★ 消化器内科 (□一般 □I BDセク- □肝炎肝がん)		★ 肝胆膵外科 (□一般 □神経内分泌腫瘍)	
循環器内科		呼吸器外科	
不整脈センター		★ 泌尿器科 (□一般 □腎・膀胱・前立腺がんセク- □尿失禁・膀胱子宮脱)	
★ 呼吸器内科 (□一般 □禁煙)		★ 頭頸部外科 (□一般 □みみ・はな・くち・のどがんセンター)	
★ 快眠センター (□睡眠時無呼吸症候群 □不眠・睡眠障害)		心臓血管外科	
脳・神経・精神		小児外科	
脳神経外科		血管外科 (末梢血管外科)	
★ てんかんセンター (□一般 □小児てんかん外来)		感覚・皮膚・運動機能	
★ 脳神経内科 (旧神経内科) (□一般 □認知症予防 □神経難病先端医療セク-)		眼科	
血管内治療科		耳鼻咽喉科	
麻酔・蘇生・ペインクリニック科		★ 皮膚科 (□一般 □発汗 □フットケア)	
小児・周産・女性		★ アレルギー疾患先端治療センター (□皮膚科 □呼吸器内科 □小児科 □耳鼻咽喉科)	
★ 小児科 (□内分泌 □膠原病 □循環器 □神経 □新生児 □血液・免疫 □腎臓)		★ 形成・美容外科 (□一般 □プレストセンター)	
★ 周産・女性診療科 (□産科 □婦人科 □HBOC外来)		★ 整形外科 (□脊椎 □膝 □股関節 □上肢・肩 □腫瘍 □小児 □スポーツ医診 □神経難病先端医療センター)	
放射線		高気圧治療部	
放射線治療科		★ 高気圧治療部 (□一般 □減圧症)	

医師の指定 (あり・なし) 医師名 ()

▲ 緊急性があり当日受診が必要な場合は03-5803-4900にお電話下さい。(24時間対応)

※診療情報提供書はNo.2のフォーマット、または貴院の書式をご使用ください。

【お問合わせ】 医療連携支援センター地域連携室 電話 03-5803-4655 (平日8:30~16:00)

診療情報提供書

年 月 日

東京科学大学病院

〒113-8519

東京都文京区湯島1-5-45

電話 (03) 3813-6111 (代表)

診療科

科

担当医

先生

紹介医療機関名

所在地

電話番号

診療科

医師名

※印鑑または名刺を貼付いただいても結構です

印

フリガナ

患者氏名

(男・女)

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日(歳)

住所

電話番号

傷病名

紹介目的

既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過

現在の処方

添付

 処方箋コピー 画像診断 検査結果 その他()

備考 ①必要がある場合は続紙に記載して添付すること

②必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること

③紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入することかつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること