

**外来患者診察予約票 (兼診療情報提供書)**

ご紹介医療機関			
ご紹介医師名	(診療科)		
ご住所	〒		
TEL	( ) -	FAX	( ) -

大腸肛門病センター高野病院に下記の通り紹介致します。

患者様情報	ふりがな ご氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
	ご住所	〒 - TEL ( ) -		
希望内容	ご紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察・治療 <input type="checkbox"/> 女性外来 <input type="checkbox"/> ストーマ外来 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 検査 ・胃内視鏡検査 ・大腸内視鏡検査 ・大腸CT検査 ・小腸カプセル内視鏡 <input type="checkbox"/> 直腸肛門機能検査 ・CT (部位 ) ・その他 ( )		
	検査結果報告方法	フィルムコピー (フィルム・CD-R・その他)		
	受診希望科	<input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 大腸・肛門リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア外来 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院相談外来	希望担当医	
	受診希望日	第一希望日 令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 第二希望日 令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後		
診療情報 (※貴院の書式を別途ご利用頂いても結構です)	疾患名	既往歴		
	病状の経過及び過去の検査歴・治療経過など			
	現在の処方			

※診療日等につきまして、直接患者様とご相談致します。ご連絡先の番号を必ずご記入下さい。

※この用紙が紹介状を兼ねる場合、必ずこの用紙 (原本) を患者様へ来院時お持ち頂くか、当院宛郵送でお送り下さい。

※緩和ケア病棟入院相談外来につきましては、担当者より改めて貴院へご相談申し上げます。