

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	〒		
T E L	( ) -	F A X	( ) -

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	〒 - 携帯番号 ( ) - 、自宅 ( ) -			
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 ・ 直腸肛門機能検査 <input type="checkbox"/> CT (部位 ) ・ その他 ( )			
	検査・画像データ	有 ・ 無			
	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"/> 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	年	月	日 ( )
	第二希望日	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、直接患者様と日程調整致します。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。  
 ◆心療内科のご予約は TEL 096-320-6508 へ直接お電話下さい。