

FAX:059-231-5541

(24時間受信可能)

■ 申込受付時間 | 平日 8:30~16:30

■ 総合サポートセンター | TEL:059-232-1111 (代表)

① 本書と診療情報提供書をFAXしてください。

② 予約調整後に「予約票」をFAXします。

患者様に診療情報提供書の原本と共にお渡しく下さい。

※画像データは、できる限り事前に郵送をお願い致します。

三重安心医療ネットワークの開示病院様については、IDリンクでの接続も可能ですので、参加同意書をFAXしてください。

郵送先 | 〒514-8507 三重県津市江戸橋2丁目174番地 三重大学医学部附属病院 診療管理係 宛て

申込日: 令和 年 月 日

受診希望科・専門疾患等にレ点を記入

紹介元	医療機関名			
	所在地			
	T E L			
	F A X			
	科・担当 医師名	科	先生	
予約情報	受診希望日	第1希望:	年 月 日 ()	
		第2希望:	年 月 日 ()	
		第3希望:	年 月 日 ()	
		<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 14日以内 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 不都合な日 ()		
	希望医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 (医師) 医師同士連絡: 済 ・ 無		
現在貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定日: 年 月 日) ※受診当日入院中の場合は、入院基本料のわかる書類をお持ちください。				

診療科名	レ点	専門疾患等にレ点
総合診療科	<input type="checkbox"/>	
循環器内科	<input type="checkbox"/>	
血液内科	<input type="checkbox"/>	
消化器・肝臓内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 消化器系 <input type="checkbox"/> 肝臓系 <input type="checkbox"/> 胆膵系
脳神経内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> もの忘れ
呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	
腫瘍内科	<input type="checkbox"/>	
腎臓内科	<input type="checkbox"/>	
糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/>	
感染症内科	<input type="checkbox"/>	
一般外科	<input type="checkbox"/>	
消化管外科	<input type="checkbox"/>	
肝胆膵・移植外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 肝臓移植
心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	
呼吸器外科	<input type="checkbox"/>	
乳腺外科	<input type="checkbox"/>	
小児外科	<input type="checkbox"/>	
整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股関節・関節 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 手・肩 <input type="checkbox"/> 足・スポーツ <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他
産科婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科
高度生殖医療センター	<input type="checkbox"/>	
小児科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 小児循環器 <input type="checkbox"/> 神経外来
精神科神経科	<input type="checkbox"/>	
皮膚科	<input type="checkbox"/>	
腎泌尿器外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 前立腺癌遺伝子診断外来 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器 <input type="checkbox"/> 男性不妊・ED <input type="checkbox"/> 腎移植
眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> ロービジョン <input type="checkbox"/> 小児眼科 <input type="checkbox"/> 神経眼科 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 角膜疾患 <input type="checkbox"/> 涙道 <input type="checkbox"/> 網膜疾患
耳鼻咽喉・頭頸部外科	<input type="checkbox"/>	
脳神経外科	<input type="checkbox"/>	
形成外科	<input type="checkbox"/>	
放射線科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IVR <input type="checkbox"/> 放射線診断 <input type="checkbox"/> 放射線治療
ゲノム診療科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> がんゲノム <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング
麻酔科	<input type="checkbox"/>	
漢方医学センター	<input type="checkbox"/>	
歯科口腔外科	<input type="checkbox"/>	
リウマチ・膠原病センター	<input type="checkbox"/>	

患者基本情報	フリガナ			
	患者氏名			
	性別	男 ・ 女	旧 姓	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
	住 所	〒 - 日中連絡がとれる電話番号(携帯電話等) ()		
	本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号:)		
	外国籍の方へ	当院には医療通訳士(ポルトガル語・スペイン語)が在籍しております <input type="checkbox"/> 当院医療通訳士の介入を希望する(無料) (<input type="checkbox"/> ポルトガル語 ・ <input type="checkbox"/> スペイン語) <input type="checkbox"/> 遠隔通訳システム(医療翻訳機)を希望する(無料) 言語()		