

診療予約 事前申込書

簡易版

(医療機関記載用)

日本赤十字社長崎原爆病院 行

令和 年 月 日

〒852-8511

長崎市茂里町3-15 TEL 095-847-1511(代)

医療機関名

病診連携室 TEL 0120-845-261(直通)

FAX 0120-845-262

TEL

緊急受診・入院のご連絡は095-847-1511(代)

FAX

までお願いします。

医師名

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
患者氏名			受診歴	有	・	無

◎ 受診希望される科の下部欄にチェックをお願いいたします。

内科							外科			
脳神経	呼吸器	循環器	消化器	リウマチ・ 膠原病	内分泌・ 代謝	血液	腎臓	呼吸器	消化器	胸部・乳 腺・内分 泌
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳腺 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>

							専門外来		
整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉 科	放射線治 療科	緩和ケア 内科	心臓血 管外科	頭痛外 来
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◎ 該当する項目にチェックをお願いいたします。

紹介状を添付してFAXします。	<input type="checkbox"/>
紹介状は作成次第FAXします。 ※下記に紹介目的の記載をお願いします。	<input type="checkbox"/>
※紹介目的	
画像CD-R	有 ・ 無

◎ 該当する項目にご記入ください。

受診希望医師	医師 ・ 無 <input type="checkbox"/>
受診希望日 第1希望	月 日
第2希望	月 日
希望日無し <input type="checkbox"/> ・ その他	

※ 放射線検査の申し込みは、従来の書式をご利用ください。

(MRI・CT・RI・骨密度検査申込書、PET-CT検査申込書 兼 診療情報提供書)