

医療福祉支援センター・シエント予約担当

送信先 (FAX) 098-895-1498

TEL: 098-895-1371 (祝日を除く月~金 8:30~17:00)

琉球大学病院 外来新規紹介患者・初診予約申込書

※緊急度が高い場合はTEL 098-895-1359に直接お問合わせ下さい※

ご記入の上、診療情報提供書と併せて送信してください。

医療機関名 _____	申込担当者名 _____
診療科 _____	TEL _____
担当医師 _____	FAX _____

希 望 の 領 域 に 科 ○ に を ☑ つ け て く だ さ い	<input type="checkbox"/> 第一内科 感染症 呼吸器 消化器 (消化管・肝臓・胆膵臓)	<input type="checkbox"/> 産科婦人科 産科 婦人科 生殖不妊・内分泌
	<input type="checkbox"/> 第二内科 ※二次検診不可 膠原病・リウマチ 血液 内分泌	<input type="checkbox"/> 小児科 一般 腎臓 アレルギー 内分泌 新生児 遺伝先天性異常 神経 血液 (移植) 膠原病
	<input type="checkbox"/> 第三内科 脳神経 高血圧 腎臓 透析 (腎代替) 循環器	<input type="checkbox"/> 腎泌尿器外科 (小児泌尿器)
	<input type="checkbox"/> 第一外科 消化管 (上下) 移植 肝胆膵 乳腺甲状腺 小児	<input type="checkbox"/> 眼科 ※二次検診不可 (乳幼児健診含む) 緑内障 小児 (弱視斜視) 網膜硝子体 (白内障) 神経腫瘍ブドウ膜炎 義眼
	<input type="checkbox"/> 第二外科 呼吸器 血管 (予約不要: 心臓血管・ステント)	<input type="checkbox"/> 精神科神経科 一般 児童思春期 光トポグラフィー 睡眠 ※もの忘れ診断外来は TEL:895-1765
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 ※シエント宛に事前画像郵送必須	<input type="checkbox"/> 放射線科
	<input type="checkbox"/> 整形外科 ※腫瘍Gは医局宛事前画像郵送必須 脊椎脊髄 骨・軟部腫瘍 股関節 手の外科 膝 (スポーツ) 肩 (スポーツ) 人工関節 (股・膝) 小児 リウマチ (足・足関節)	<input type="checkbox"/> 麻酔科 (ペインクリニック) <input type="checkbox"/> 総合診療センター <input type="checkbox"/> 皮膚科

予約不要 第二外科 (心臓血管・ステント)・形成外科 皮膚科・耳鼻咽喉科・歯科口腔外科 ※外来日をご確認ください 受付時間 8:30~11:00	※詳しくは、当院ホームページ掲載の外来表をご参照ください。 医師や受診希望日についてはご希望に添えない場合がございます。 あらかじめご了承ください。
--	--

担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 (_____ 医師)
------	---

受診希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 → (<input type="checkbox"/> 担当医の指示 <input type="checkbox"/> 患者さんの希望) <input type="checkbox"/> 1週間以降で可 <希望日> ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ※一旦、取得した予約の変更は再調整に数日お時間を頂きます。
-------	---

紹介目的/疾患名 (必ず記入)	_____
-----------------	-------

紹介患者基本データ

おきなわ津梁ネットワーク登録 有 ・ 無

当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察券番号 (_____) <input type="checkbox"/> 不明	
フリガナ	_____	性別
患者氏名	(旧姓: _____)	男 ・ 女
生年月日	西暦・明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)	
連絡先	TEL (_____) _____ ※平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください。	
住所	<input type="checkbox"/> 保険証のとおり (住所表記がある保険証を添付して頂く場合は省略可能です) 〒 _____	