

香川大学医学部附属病院 FAX 診療予約申込書

FAX番号 087-891-2412

(申込日 年 月 日)

希望医師名 (医師希望のある場合)	希望医師への連絡
医師	済・未
希望受診日	
<input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 曜日 (時頃) <input type="checkbox"/> 第2希望 月 日 曜日 (時頃) <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> その他 (曜日・期間指定、予約不可の日、等) []	

貴医療機関名	病院・医院科
住所・名称	科
医師名	先生
TEL:	
FAX:	
(連絡担当者)	()

【希望受診科】 ※レ点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 内分泌代謝内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科・美容外科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科	<input type="checkbox"/> 歯・顎・口腔外科
<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 麻酔・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 周産期科女性診療科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 放射線診断科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器・副腎・腎移植外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 抗加齢血管内科	<input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝ゲノム診療科
<input type="checkbox"/> 消化器内科 (肝・膵胆・消化管)	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科
<input type="checkbox"/> 膵臓・胆道センター			

【患者情報】

フリガナ	性別	生年	大・昭	年	月	日
患者氏名	男・女	月日	平・令			
		旧姓		年齢		歳
住所	電話 (自宅)					
	携帯番号					
当院受診歴	受診の緊急性	現在の状況				
無・不明・有 (ID:)	有・無	入院中・入院中でない				

【傷病名及び紹介目的等】 ※できるだけ紹介状 (診療情報提供書) を添付しての FAX 送信をお願いします。

傷病名 (疑い病名)	紹介目的及び症状経過
※傷病名及び紹介目的は、担当科不詳の場合も必ずご記入ください。紹介状 (診療情報提供書) を添付の場合はご記入不要です。 検査データ等の有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X線 ・ <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MR ・ <input type="checkbox"/> その他) K-MIXR 利用に係る同意書の有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
COVID-19	<input type="checkbox"/> 陽性者 <input type="checkbox"/> 疑い (症状あり) <input type="checkbox"/> 症状なし →発熱等の症状がある場合は、予約日当日にトリアージ室受診となります。 ※FAX 送信時の症状をご記入ください。

◆ FAX受付時間 9:00~17:00 (月~金) ※土・日、祝日・年末年始は除く

- 救急患者や当日受診を希望される場合は、この様式を使用せず各診療科外来の受付へ直接お問い合わせください。また、入院受入については直接担当診療科医師との相談となっております。 代表：087-898-5111
- セカンドオピニオンは、申込方法が異なります。ホームページをご覧くださいか、お電話でお問い合わせください。
- 受付時間内にお申込み頂いた場合 通常15分以内にFAXで“外来予約票”を返信いたしますので、患者様に貴院作成の“紹介状 (診療情報提供書)”と一緒にお渡しください。
- 受付時間外にお申込み頂いた場合、翌営業日の10:00までに返信させていただきます。

◆ 診療科、医師名、診察日に関しましては当院の診療案内やホームページの外来診療医一覧をご覧ください。

◆ 予約状況によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。