

香川大学医学部附属病院 F A X 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	
☐ 第1希望 月 日 曜日 (時頃) ☐ 第2希望 月 日 曜日 (時頃) ☐ 貴院医師がいつまでの受診希望か (迄) ☐ 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
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。

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

【傷病名と紹介目的等】 ※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)	紹介目的と症状経過
※紹介状 (診療情報提供書) を申込書に添付いただけない場合は、傷病名と紹介目的を必ずご記入ください。	
検査データ等の有無	☐ 無 ・ ☐ 有 (☐ X線 ・ ☐ CT ・ ☐ MR ・ ☐ その他)
K-M I X R 利用に係る同意書の有無	☐ 無 ・ ☐ 有
COVID-19	☐ 陽性者 ☐ 疑い (症状あり) ☐ 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

1. 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 2. 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。お電話でお問い合わせください。 3. 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)”と一緒に渡してください。 4. 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。**