



筑波大学附属病院
University of Tsukuba Hospital

初診受付時間 8:30~16:30 (再診受付 7:30~16:00)
診察時間 平日9:00~17:00 休診日 土日、祝日、年末年始
面会時間 14:00~21:00 (精神科は14:00~18:00)
診療に関するお問い合わせ 029-853-3621 (月~木 08:30~15:00)
代表番号 029-853-3900
予約電話番号 029-853-3570 (※当院は全科予約制です)
玄関施設時間 22:00~06:00

病院について

診療科・施設紹介

来院・入院の方

医療機関の方

採用情報

つくホスピックス

> 患者様の紹介方法について

> 外来担当予定表

> 医療機能連携協定について

> 医師および医療関係者の生体学習



初めて受診される方へ



通院・再来の方へ



入院・お見舞い希望の方へ



人間ドックをご希望の方へ



患者さんの紹介について

特長・特色

本院は「特定機能病院」として高度な医療の提供、高度医療の研究や開発を通して地域の医療機関さまとの連携を強化し、患者さんの紹介・逆紹介を通じ、緊密な医療連携を図っております。

医療連携

本院では、医療機関の先生方との連携を重点に医療活動を展開しております。
ご紹介いただいた患者さんには、高度に専門化された医師、看護師、技師等の職員による総合的なチーム医療により安心して治療を受けられるような体制で診療にあたっています。

FAXによる外来紹介患者予約システムのご利用方法





FAX



FAX : 029-853-3712

受診予約申込書に必要事項を記載しFAX送信してください。

申込書は、筑波大学附属病院ホームページからダウンロードできます。

受信後30分以内に診察予約日時・担当医師及び来院手続きを記載した予約票を貴院宛にFAX送信させていただきますので患者さんにお渡しください。

- ➔ 「受診予約申込書」 [EXCEL版](#) (EXCEL形式 : 27KB) [PDF版](#) (PDF形式 : 230KB)
- ➔ 「紹介・診療情報提供書」 [EXCEL版](#) (EXCEL形式 : 32KB) [PDF版](#) (PDF形式 : 53KB)

フリガナ 氏名	様		紹介元 医療機関	
性別	男性・女性	旧姓 ※お分かりでしたら記入ください	医師氏名	
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	所在地	〒
住所	〒			電話番号
電話番号 (連絡がとりやすい順番に記入)	電話番号①		FAX	
	電話番号②		部署名	(FAX送付先が必要な場合は部署名もご記入ください)
	電話番号③			
筑波大学附属病院 診歴		無・有⇒	筑波大学附属病院のID	-

基本情報(診療科確認のために使用いたします)

主傷病名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()			
画像データ	<input type="checkbox"/> 有(返却 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 無 ※別紙送付票により予約日2日前までに送付してください。			
医学的に望ましい受診までの期間	<input type="checkbox"/> 1週間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月	ご都合の良い日又は曜日
予約取得の連絡	<input type="checkbox"/> FAXによる返信 <input type="checkbox"/> 電話による連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんご本人に連絡			
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中⇒入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。			

受診希望診療科に○をつけてください。

内科系	<input type="checkbox"/>	循環器内科	外科系	<input type="checkbox"/>	循環器外科	内・外科系以外	<input type="checkbox"/>	眼科
	<input type="checkbox"/>	消化器内科		<input type="checkbox"/>	消化器外科		<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科		<input type="checkbox"/>	呼吸器外科		<input type="checkbox"/>	皮膚科
	<input type="checkbox"/>	腎泌尿器内科		<input type="checkbox"/>	腎泌尿器外科		<input type="checkbox"/>	精神神経科
	<input type="checkbox"/>	内分泌代謝・糖尿病内科		<input type="checkbox"/>	乳腺・甲状腺・内分泌外科		<input type="checkbox"/>	婦人科
	<input type="checkbox"/>	膠原病リウマチアレルギー内科		<input type="checkbox"/>	小児外科		<input type="checkbox"/>	周産期科
	<input type="checkbox"/>	血液内科		<input type="checkbox"/>	脳神経外科		<input type="checkbox"/>	保健衛生外来
	<input type="checkbox"/>	小児内科		<input type="checkbox"/>	整形外科		<input type="checkbox"/>	遺伝
	<input type="checkbox"/>	脳神経内科		<input type="checkbox"/>	形成外科		<input type="checkbox"/>	睡眠呼吸障害
	<input type="checkbox"/>	総合診療		<input type="checkbox"/>	歯・口腔外科		<input type="checkbox"/>	麻酔科
<input type="checkbox"/>	感染症内科	<input type="checkbox"/>	放射線診断科	<input type="checkbox"/>	放射線腫瘍科			

受診希望外来等がある場合は、ご記入ください。やむを得ず医師が交代することもありますのでご了承ください。

専門外来	外来	希望医師名	医師
------	----	-------	----

★注意事項

- 希望医師のご指定がない場合は、当日診療予定のある医師が担当いたします。
 - 一部の診療科において、予約待機期間が長期化しております。あらかじめご了承願います。
 - 診療当日は、紹介状原本と検査データ等を必ずお持ちください。
- ※画像データは、本館システム取り込みに時間がかかることから事前にご送付ください。

その他の事項

- 患者さんからの予約の変更またはキャンセルは、予約センターでお受けいたします。(予約センター 029-853-3570)
 救急は365日24時間体制で患者さんのご紹介を受けております。
 (平日:029-853-3571、夜間及び休診日:029-853-3110もしくは029-853-3860)
 セカンドオピニオン外来は、通常の予約枠とは別になっております。折り返しセカンドオピニオン窓口担当よりご連絡いたします。
 (セカンドオピニオン担当 029-853-3562)

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を上記紹介元医療機関宛、お知らせくださるようお願いいたします。

医療連携患者相談センター
 【電 話】 029-853-3727
 【受付時間】 8:30～17:00
 (土日祝日・年末年始は除く)
 ただし、17時以降と休診日に送付されたFAXは、翌診療稼働日の対応となります。

主傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()		
画像データ	<input type="checkbox"/> 有 (返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 無	※別紙送付票により予約日2日前までに送付してください。	
医学的に望ましい 受診までの期間	<input type="checkbox"/> 1週間 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月	ご都合の良い日 又は曜日	
予約取得の連絡	<input type="checkbox"/> FAXによる返信 <input type="checkbox"/> 電話による連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんご本人に連絡		
来院時の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
受診当日の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 入院料等の算定情報を記載した連絡文書をご持参ください。		

受診希望診療科に○をつけてください。

内科系	循環器内科	外科系	循環器外科	内・外科系以外	皮膚科
	消化器内科		消化器外科		耳鼻咽喉科
	呼吸器内科		呼吸器外科		泌尿科
	腎泌尿器内科		腎泌尿器外科		<input type="checkbox"/> 精神神経科
	内分泌代謝・糖尿病内科		乳腺・甲状腺・内分泌外科		婦人科
	膠原病リウマチアレルギー内科		小児外科		周産期科
	血液内科		脳神経外科		保健衛生外来
	小児内科		整形外科		遺伝
	脳神経内科		形成外科		睡眠呼吸障害
	総合診療		歯・口腔外科		麻酔科
感染症内科	放射線診断科	放射線理療科			

受診希望外来等が  場合は、ご記入ください。やむを得ず医師が交代することもありますのでご了承ください。

専門外来	もの忘れ	外来	希望医師名	医師
------	-------------	----	-------	----

★注意事項

- 希望医師のご指定がない場合は、当日診療予定のある医師が担当いたします。
- 一部の診療科において、予約待機期間が長期化しております。あらかじめご了承ください。
- 診療当日は、紹介状原本と検査データ等をお持ちください。
※ 画像データは、本院システム取り込みにかかることから事前にご送付ください。

医療連携患者相談センター

【電話】 029-853-3727

【受付時間】 8:30~17:00

(土日祝日 年末年始は除く)

ただし、17時以降と休診日に送付されたFAXは、翌診療稼働日の対応となります。

その他の事項

患者さんからの予約の変更またはキャンセルは、予約センターでお受けいたします。(予約センター 029-853-3570)

救急は365日24時間体制で患者さんのご紹介を承っております。

(平日:029-853-3571、夜間及び休診日:029-853-3110もしくは029-853-3860)

セカンドオピニオン外来は、通常の予約枠とは別になっております。折り返しセカンドオピニオン窓口担当よりご連絡いたします。

(セカンドオピニオン担当 029-853-3562)

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、筑波大学附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を上記紹介元医療機関宛、お知らせくださるようお願いいたします。

医療通機患者相談センター FAX029-853-3712

紹介・診療情報提供書

日付 年 月 日

筑波大学附属病院

紹介元医療機関名

科

先生御侍史

科 医師名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
氏名						
傷病名						
紹介目的	精査加療 / セカンドオピニオン / その他()					
既往歴						
症状					
検査結果					
治療経過					
処方					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
備考						

自院でご使用のフォームでもOKです



A yellow arrow pointing downwards, with the word 'FAX' written in white inside the arrow's shaft.



FAX : 029 - 853 - 3712

受診予約申込書に必要事項を記載しFAX送信してください。

A large yellow arrow pointing downwards, indicating the next step in the process.

受信後30分以内に診察予約日時・担当医師及び来院手続きを記載した予約票を貴院宛にFAX送信させていただきますので患者さんにお渡してください。