

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 (連絡がとりやすい順番に記入)	電話番号①		FAX	(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②		部署名	
	電話番号③			
筑波大学附属病院受診歴	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	ご都合の悪い日 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時間が掛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。

送付票

〒305-8576

茨城県つくば市天久保2丁目1-1

筑波大学附属病院

医療連携患者相談センター

受診予約担当者 行

送付元

住 所

---

医療機関名

---

担当診療科又は担当部署

---

電話

---