

## 診療予約申込書 (FAX)

(2025年4月改訂)

年 月 日

島根県立中央病院

入退院支援・地域医療連携センター 行  
TEL 0853-30-6500

FAX 0853-30-6508

医療機関名

医師名

TEL

FAX

※【お手数ですが現住所・電話番号等に変更がないか、患者情報の確認をお願い致します】

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	( 歳)
患者住所	電話番号 ( ) - 本人携帯電話番号 - -				
受診希望日時	月	日 ( )	時	ごろ	希望
疑い病名:					
紹介目的及び症状経過:					
ご希望診療科にチェックをお願いします ※担当医師は原則受診希望日の外来新患担当医師とさせていただきます。					
<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 精神神経科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 消化器科
<input type="checkbox"/> 血液腫瘍科	<input type="checkbox"/> リウマチ・アレルギー科	<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 乳腺科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 腎臓科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 小児外科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> ペインクリニック (椎間板ヘルニア治療器)				
<input type="checkbox"/> ゲノム外来 (ゲノム外来をご希望の場合は、下記の注意書きをご確認のうえ申し込みください)					

【ゲノム外来について】

注1 保険診療での遺伝子パネル検査が可能な条件は、標準治療が終了もしくは終了見込みの固形がん (希少がんを除く) です。なお、臨床試験での遺伝子パネル検査はこの限りではありません。

注2 必ず診療情報提供書を添付のうえ、FAXにて申し込みください。(原本は予約日にご持参ください)

注3 予約申し込み受付後、診療予約受付票と問診票を返いたしますので、患者さまへお渡しく下さい。

※問診票は事前に患者さまにご記入いただき、診療情報提供書と合わせて予約日にご持参頂くようご説明ください

ご紹介ありがとうございました。きりとり線以下を患者さまにお渡しく下さい。

きりとりせん

## 診療予約受付票 (診察当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、診療予約 20 分前までに紹介状及び保険証、診察券をご持参いただき、1階総合受付「紹介状専用窓口」へお越しください。

お名前	様	ID	-	-	-
予約時間	月	日 ( )	曜日	時	分
診療科	科	医師名			

注: やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をおねがいします。ゲノム外来を受診される方は、問診票を事前にご記入いただき当日ご持参ください。

島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター