

医科 外来

初診予約申込書

九州大学病院 予約センター 行

FAX : 092-642-5509

受付時間

平日 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)

09:00~17:00 (FAX受付は16時閉受付)

紹介元医療機関

医療機関名 : 福岡博多病院

住所 : 福岡市博多区博多1-2-3

診療科名 : 内科

医師名 : 東 二郎

電話番号 : 092 - 123 - 4567

FAX番号 : 092 - 123 - 4568

※ 電話、FAXは、(こちらのFAX番号に予約票等を送信いたします。)

[予約申込担当者が別にいる場合]

担当者名 : 九州 療子

新型コロナウイルス感染症の感染拡大対策のため、渡航歴に関する記入欄を追加させていただきます。

【患者記入欄】※感染症対策のため、渡航歴(渡航先からの帰国・海外からの入国)をお伺いしております。

渡航歴※	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (直近1か月以内) → ありの場合: 国・地域 () 帰国・入国日 ()		
現在の状況	紹介元医療機関において <input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院中	九州大学病院 受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 (12345678) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
フリガナ	キュウダイ ハナコ	ハカタ	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
氏名	九大 花子 (旧姓 博多)		生年月日 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 54 年 10 月 20 日生 (42) 歳
住所	〒 812 - 1234 福岡市東区馬出5-6-7-102		
電話番号	自宅 092 - 123 - XXXX 携帯 090 - 1234 - XXXX	勤務先 092 - 456 - XXXX その他 090 - 5678 - XXXX	
受診希望日	第1: 令和 4 年 4 月 15 日 (金) <input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望 第2: 令和 4 年 4 月 20 日 (水) <input checked="" type="checkbox"/> 都合の悪い日 (曜日等) 第3: 令和 4 年 4 月 25 日 (月) (火曜日・木曜日) ※予約状況によっては、ご希望に添えない場合があります。各診療科の外来診療日は、ホームページをご参照下さい。 ※希望日及び都合の悪い日のご記入が円滑な予約取得につながります。		

【紹介元医療機関記入欄】

受診を希望する診療科等に○を付けて下さい。(※診療科名が不明な場合は、ホームページをご参照下さい。)

診療科	内科系		呼吸器科	整形外科
	<input checked="" type="checkbox"/> 血液・腫瘍・心血管内科		小児科	脳神経外科
	<input checked="" type="checkbox"/> 血液	初診予約申込書をご記入いただく際には、ご希望の診療科の外来診療科日の中から「受診希望日」をご選択いただけますと、予約日の決定が比較的早くなります。御協力のほど、よろしくお願い申し上げます。		
	<input type="checkbox"/> 免疫・膠原病			
	<input type="checkbox"/> 免疫	消化管内科	膵臓・副腎外科	
	<input type="checkbox"/> 消化管内科	腎・高血圧・脳血管内科	外科系	眼科
	<input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管	産科婦人科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	内分泌代謝・糖尿病内科	消化管外科	ペインクリニック (麻酔科蘇生科)	
	<input type="checkbox"/> 内分泌代謝 <input type="checkbox"/> 糖尿病	肝臓・脾臓・門脈・肝臓移植外科	形成外科	
	肝臓・脾臓・胆道内科	胆道・脾臓・脾臓移植・腎臓移植外科	その他	
<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓・胆道	呼吸器外科	※専門外来等を希望される場合は、こちらにご記入下さい。		
心療内科	乳腺外科			
脳神経内科	内分泌外科			
循環器内科	血管外科			
医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。 本院の 担当医師への 事前連絡状況		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (九大 太郎) 先生に連絡済	
連絡事項等	車椅子使用患者です。			

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。

※ 予約日時が確定次第、「予約報告票」及び「受診予約票」をFAXでお送りします。

※ 以下のことを患者さんへお伝え下さい。

1. 予約日時 2. 当院受診当日に「診療情報提供書」の原本、「受診予約票」をお持ちいただくこと

【九州大学病院記入欄】 以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診診療科名 _____ 担当医又は専門分野等 _____

受診決定日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分