

地域連携枠専用診療予約申込書

FAX：076-434-5105 (予約専用TEL：076-434-7804)

FAX受付：24時間受付（ただし、16：30以降、土日・祝日にいただいたFAXは、翌営業日に確認後、ご連絡いたします。）

電話受付：平日 9：00～17：00

本申込書と別紙「地域連携枠予約枠 希望チェック表」、診療情報提供書の3点をFAXにて原則、診療予約希望日の2営業日前までにお送りください。（月曜日を希望の場合は、前週の木曜日まで）

★印の診療科・領域は事前に情報が必要なため、FAXのみで予約をお受けいたします。予約調整後、当日を含む3営業日以内に「**予約票**」をFAXにてお送りします。患者さんに診療情報提供書と共にお渡しください。

※院内記入欄

予約日時	年 月 日 時 分	—	—
------	-----------	---	---

※太枠内についてご記載ください。

申込年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> FAX予約		<input type="checkbox"/> 電話予約	
フリガナ		旧姓	性別	富大病院受診歴	
氏名			男・女	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (ID： — —)	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)				
住所	〒				
電話番号	— —				
希望受診日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	第1希望	令和 年 月 日 ()			
	第2希望	令和 年 月 日 ()			
医師の指定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (医師名：)				
患者状況	車いす ・ ストレッチャー ・ 該当なし		入院中 (入所中) : <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当		

申込施設名		TEL	—	—
申込担当者		FAX	—	—



TOYAMA
UNIVERSITY
HOSPITAL

国立大学法人 富山大学

富山大学附属病院

TOYAMA UNIVERSITY HOSPITAL

※院内記入欄

照合	登録	受付

富山大学附属病院 地域連携予約枠 希望チェック表

申込医療機関名：

(患者：

様分)

・予約をご希望される診療科・領域（該当するものに☑をしてください）
 （それぞれの診療科の教授・科長の診療を希望される場合には、診療科と「☐ 教授」の欄にチェックください）

<input type="checkbox"/> 第一内科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌 <input type="checkbox"/> ベストウエイト	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病
<input type="checkbox"/> 第二内科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 循環器センター <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 構造的心疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> ACHD <input type="checkbox"/> 腎移植
<input type="checkbox"/> 第三内科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 膵臓・胆道センター <input type="checkbox"/> 消化管内視鏡治療 <input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 消化管内視鏡検査（大腸ポリープ切除含む） <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> 消化器腫瘍 <input type="checkbox"/> 消化管一般（カプセル内視鏡含む）	
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 皮膚科一般		
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 小児疾患全般 <input type="checkbox"/> アレルギー・呼吸器 <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍	<input type="checkbox"/> 循環器センター <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 胎児心エコー <input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 新生児 <input type="checkbox"/> ★神経 <input type="checkbox"/> 頭のかたち <input type="checkbox"/> ジェンダー
<input type="checkbox"/> ★神経精神科		<input type="checkbox"/> 精神神経科一般		
<input type="checkbox"/> こどものこころと発達診療科	<input type="checkbox"/> 教授			
<input type="checkbox"/> ★放射線治療科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 放射線治療		
<input type="checkbox"/> 第一外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 循環器センター <input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 小児循環器センター <input type="checkbox"/> 下肢静脈	
<input type="checkbox"/> 第二外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 膵臓・胆道センター <input type="checkbox"/> 乳腺センター	<input type="checkbox"/> 消化管外科 <input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 小児外科
<input type="checkbox"/> ★脳神経外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳血管内治療	<input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 機能的脳神経外科
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 整形外科一般 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 手・肘外科	<input type="checkbox"/> 脊椎・側弯 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> オンコサーミア	<input type="checkbox"/> 脊椎・骨軟部腫瘍 <input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> 産科婦人科		<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 先天感染/産科 <input type="checkbox"/> 婦人科（腫瘍） <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> 生殖外来 <input type="checkbox"/> ★P.O.I.（卵巣機能不全）外来 <input type="checkbox"/> プレコンセプションケア <input type="checkbox"/> 漢方 <input type="checkbox"/> 更年期・女性ヘルスケア		
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 眼科疾患全般 <input type="checkbox"/> 小児・斜視・色覚 <input type="checkbox"/> 網膜 <input type="checkbox"/> ★ボトックス注射	<input type="checkbox"/> 眼瞼/眼窩形成/涙道 <input type="checkbox"/> ぶどう膜 <input type="checkbox"/> 神経	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 角膜・前眼部 <input type="checkbox"/> 硝子体注射
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科一般	<input type="checkbox"/> 先端めまいセンター	<input type="checkbox"/> 頭頸部腫瘍・外科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 泌尿器全般 <input type="checkbox"/> メンズヘルス外来	<input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> 小児泌尿器	<input type="checkbox"/> 不妊外来
<input type="checkbox"/> ★麻酔科		<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 痛みセンター外来	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹関連痛
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科一般		
<input type="checkbox"/> 和漢診療科	<input type="checkbox"/> 科長	<input type="checkbox"/> 和漢診療全般		
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 脳神経内科一般		
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科一般		
<input type="checkbox"/> 総合診療科		<input type="checkbox"/> 総合診療科一般		
<input type="checkbox"/> 感染症科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 感染症全般	<input type="checkbox"/> HIV 専門外来	
<input type="checkbox"/> 臨床腫瘍部		<input type="checkbox"/> 癌化学療法一般		
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 教授	<input type="checkbox"/> 血液内科一般		
<input type="checkbox"/> 形成再建外科・美容外科	<input type="checkbox"/> ★教授	<input type="checkbox"/> 形成外科一般 <input type="checkbox"/> レーザー	<input type="checkbox"/> 乳腺センター <input type="checkbox"/> リンパ浮腫	<input type="checkbox"/> ジェンダー
<input type="checkbox"/> 遺伝子診療部		<input type="checkbox"/> 妊娠/NIPT	<input type="checkbox"/> 保険遺伝カウンセリング	

※ ★印の診療科・領域は事前に情報が必要なため、FAXのみで予約をお受けしております。
 ※ ご依頼いただいてから概ね3営業日以内に、予約日・時間を記載したFAXをお送り致します。
 先生・ご担当者様には大変お手数をおかけ致しますが、患者様へのご連絡をお願いいたします。