岐阜大学医学部附属病院　紹介連絡・予約申込書　FAX 058-230-7035

患者さん同意のもと申込します。

申込日　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

依頼元	**病院名**
	医師名　TEL　FAX
患者情報	**フリガナ**
	氏名 （旧姓　　）　※古い受診歴の確認のため、わかる範囲でご協力ください
	性別　☐男性　☐女性　**生年月日**　☐明治　☐大正　☐昭和　☐平成　☐令和 年　月　日（　歳）
	住所　〒　－
	自宅TEL　**携帯TEL**
保険情報等	**保険者番号**　**記号・番号**
	受診歴　☐岐阜大学病院へ通院中　過去受診したことが　☐ある（　年　月頃）　☐ない （　科）　岐阜大学病院ＩＤ（　）
	☐現在医療機関に入院中です　→　入院中に受診する場合は別紙事務連絡をご持参ください。
受診希望情報	**診療科** ☐01消化器内科　☐41整形外科 ☐02血液・感染症内科　☐46脳神経外科 ☐06循環器内科　☐51眼科 ☐07腎臓内科　☐56耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ☐08呼吸器内科　☐57形成外科 ☐12糖尿病代謝内科　☐61皮膚科 ☐13免疫・内分泌内科　☐66泌尿器科 ☐16脳神経内科　☐67腎移植外科 ☐96総合内科　☐71精神科 ☐21心臓血管外科　☐76小児科 ☐22呼吸器外科　☐81放射線IVR ☐31消化器外科　☐81放射線治療科 ☐32乳腺外科　☐86麻酔科疼痛治療科 ☐36産婦人科　☐91歯科口腔外科 **検査** ☐CT　☐MRI　部位（　）　造影　☐有　☐無 ☐PET-CT ※別紙事前確認事項シートを一緒に送ってください ☐胃カメラ （食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査）
	希望医師名（あれば）
	診断名または症状
	受診希望日　☐希望なし　☐病状により早急　第１希望　年　月　日　第２希望　年　月　日 受診不可能な日（あれば）（　）
言語	**会話言語**　日本語対応ができない場合に回答してください。 ☐英語　☐中国語　☐ベトナム語　☐ロシア語　☐ポルトガル語　☐タイ語 ☐スペイン語　☐韓国語　☐タガログ語　☐フランス語　☐モンゴル語　☐ヒンディー語 ☐インドネシア語　☐ペルシア語　☐ネパール語　☐ミャンマー語　☐広東語

FAXでのお申し込みの他にぎふ清流ネットを介してのWeb診療予約も受け付けております。
詳しくは･･･ https://www.hosp.gifu-u.ac.jp/official/webkarute.html　にて

岐阜大学医学部附属病院　総合患者サポートセンター
〒501-1194　岐阜市柳戸1-1　TEL：058－230-7033　FAX：058－230-7035　メール：gjha04015@jim.gifu-u.ac.jp

別紙

事　務　連　絡

☆貴院で入院中の患者さんが算定している入院基本料の連絡用です。
☆貴院の様式でも構いません。
☆受診当日に、診療情報提供書（紹介状）等と併せて受付に提出していただくようお願いいたします。

（紹介先医療機関名）
　岐阜大学医学部附属病院

１．診察を希望される患者さん

患者氏名	（ふりがな）	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年　　月　　日
受診予定日	令和　　年　　月　　日	
貴院入院中診療科		
算定中の入院基本料		

2. 紹介元病院　事務担当者様への連絡先

病院名	
電話番号	
担当者	