

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	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		<input type="checkbox"/> 女性	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	<input type="checkbox"/> 岐阜大学病院へ通院中 過去受診したことが <input type="checkbox"/> ある (年 月頃) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 01消化器内科	<input type="checkbox"/> 41整形外科	検査	部位 () 造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 02血液・感染症内科	<input type="checkbox"/> 46脳神経外科	<input type="checkbox"/> CT		
		<input type="checkbox"/> 06循環器内科	<input type="checkbox"/> 51眼科	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> FDG-PET/CT検査	
		<input type="checkbox"/> 07腎臓内科	<input type="checkbox"/> 56耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> PSMA-PET/CT検査	※別紙事前確認事項シートを添付して送付	
	<input type="checkbox"/> 08呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 57形成外科	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	(食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査)		
	<input type="checkbox"/> 12糖尿病代謝内科	<input type="checkbox"/> 61皮膚科	その他相談 (お返事に数時間~数日かかります)			
	<input type="checkbox"/> 13免疫・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 66泌尿器科	<input type="checkbox"/> がんゲノム遺伝子パネル検査 (組織・血液)			
	<input type="checkbox"/> 16脳神経内科	<input type="checkbox"/> 67腎移植外科	<input type="checkbox"/> NIPT (自費) 別紙専用申込書を必ず送ってください			
	<input type="checkbox"/> 96総合内科	<input type="checkbox"/> 71精神科	<input type="checkbox"/> がん生殖医療相談 (自費)			
	<input type="checkbox"/> 21心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 76小児科	※30分まで10,000円(税別)延長30分ごと5,000円(税別)			
	<input type="checkbox"/> 22呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 81放射線IVR	<input type="checkbox"/> プレコンサルテーション外来 (自費)			
	<input type="checkbox"/> 31消化器外科	<input type="checkbox"/> 81放射線治療科	※30分まで4,500円(税込)延長30分ごと4,500円(税込)			
	<input type="checkbox"/> 32乳腺外科	<input type="checkbox"/> 86麻酔科疼痛治療科				
	<input type="checkbox"/> 36産婦人科	<input type="checkbox"/> 91歯科口腔外科				
	希望医師名	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
	診断名または症状					
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望日	第2希望日		
		<input type="checkbox"/> 病状により早急	年 月 日	年 月 日		
	希望日で調整できないこともあります。都合が悪く受診できない日 ()					
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。				
		<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中国語	<input type="checkbox"/> ベトナム語	<input type="checkbox"/> ロシア語	
		<input type="checkbox"/> ポルトガル語	<input type="checkbox"/> タイ語	<input type="checkbox"/> インドネシア語	<input type="checkbox"/> ペルシア語	
		<input type="checkbox"/> スペイン語	<input type="checkbox"/> 韓国語	<input type="checkbox"/> タガログ語	<input type="checkbox"/> フランス語	
	<input type="checkbox"/> モンゴル語	<input type="checkbox"/> ヒンディー語	<input type="checkbox"/> ネパール語	<input type="checkbox"/> ミャンマー語		
	<input type="checkbox"/> 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

2026.03