

FAX : 0836-22-2474

TEL : 0836-22-2167



FAX事前予約申込書

【紹介元情報】

医療機関名		医師氏名	
TEL番号		FAX番号	
担当者名	[予約申込担当者が別にある場合]		

【患者情報】

現在の状況	紹介元医療機関において <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	山口大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID (診察券の番号) が分かる場合 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名	(旧姓)	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳
住所	〒 _____		
電話番号	自宅 _____ 携帯 _____	勤務先 _____ その他 _____	
受診希望日	第1 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 第2 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 第3 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望日はないが早めの受診を希望 <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()	

【受診希望診療科】

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、外来診療日割表またはホームページをご参照下さい。)

診療科名	<input type="checkbox"/> 一般内科	<input type="checkbox"/> 漢方診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 肝臓内科	<input type="checkbox"/> 胆道膵臓内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 腎臓・高血圧内科	<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器・感染症内科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 消化管外科	<input type="checkbox"/> 肝胆膵・移植外科	<input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科蘇生科・ペインクリニック科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 整形外科・リウマチ科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 産科婦人科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科・心療内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科			
			<input type="checkbox"/> 第一内科	<input type="checkbox"/> 第二内科	<input type="checkbox"/> 第三内科									<input type="checkbox"/> 第一 <input type="checkbox"/> 第二 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 type="checkbox"/> 有 () 先生に連絡済																					
連絡事項等																																			

- ※ 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、「受診予約票」をFAXでお送りします。
- ※ **即日受診や入院依頼は直接診療科へ連絡をお願いします。眼科と救急は事前予約の対象ではありません。**
- ※ セカンドオピニオン外来に関する相談は専用窓口にて承っております。(TEL0836-22-2074)
- ※ 「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお願い下さい。

【山口大学病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診予約票

患者氏名 _____ 診察券番号 _____

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

受診診療科名 _____ 担当医又は専門分野等 _____

- ※ 診察当日は、健康保険証、公費受給者証等、紹介状、検査データ等を受付①番窓口にて提出してください。
- ※ 診察まで多少お待ちいただくことがあります。ご了承ください。

山口大学医学部附属病院
肝臓内科専用
B型・C型肝炎用
診療情報提供書

内は記入必須項目

病名	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎
肝疾患への現在の処方		
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー <input type="checkbox"/> ウルソ <input type="checkbox"/> その他 ()	
肝疾患への治療歴		
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> インターフェロン <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤 <input type="checkbox"/> 直接作用型抗ウイルス薬 (DAA)	
既往歴・併用薬など		
検査結果	(検査日)	年 月 日
「B型肝炎」	「C型肝炎」	
HBs抗原: 陽性・陰性	HCV抗体: 陽性・陰性	

測定されていたらご記載ください
<input type="checkbox"/> HBe抗原: 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量: () log IU/mL・陰性
<input type="checkbox"/> HCV-RNA定量: () log IU/mL・陰性
今後の診療連携に関する希望
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医の判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)
<input type="checkbox"/> 紹介施設での肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (紹介施設・自院両方へ通院)
<input type="checkbox"/> その他 ()
備考