

患者さん同意のもと申します。 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"/> 女性	年	月	日 (歳)	
	住所	〒	—			
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 I D ()				
<input type="checkbox"/> 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"/> 02血液・感染症内科 <input type="checkbox"/> 06循環器内科 <input type="checkbox"/> 07腎臓内科 <input type="checkbox"/> 08呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 12糖尿病代謝内科 <input type="checkbox"/> 13免疫・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 16脳神経内科 <input type="checkbox"/> 96総合内科 <input type="checkbox"/> 21心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 22呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 31消化器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 32乳腺外科 <input type="checkbox"/> 36産婦人科	<input type="checkbox"/> 41整形外科 <input type="checkbox"/> 46脳神経外科 <input type="checkbox"/> 51眼科 <input type="checkbox"/> 56耳鼻咽喉科・頭頸部外科 <input type="checkbox"/> 57形成外科 <input type="checkbox"/> 61皮膚科 <input type="checkbox"/> 66泌尿器科 <input type="checkbox"/> 67腎移植外科 <input type="checkbox"/> 71精神科 <input type="checkbox"/> 76小児科 <input type="checkbox"/> 81放射線IVR <input type="checkbox"/> 81放射線治療科 <input type="checkbox"/> 86麻酔科疼痛治療科 <input type="checkbox"/> 91歯科口腔外科	検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> FDG-PET/CT検査 <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"/> 胃カメラ (食道・胃・十二指腸・ヘリコバクター検査)	部位 () 造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他相談 (お返事に数時間~数日かかります) <input type="checkbox"/> がんゲノム遺伝子パネル検査 (組織・血液) <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング (自費) ※60分まで10,000円 (税別) 延長30分ごと2,500円 (税別) <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"/> がん生殖医療相談 (自費) ※30分まで10,000円 (税別) 延長30分ごと5,000円 (税別) <input type="checkbox"/> プレコンセプション外来 (自費) ※30分まで4,500円 (税込) 延長30分ごと4,500円 (税込)
	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"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> インドネシア語	<input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> 韓国語	<input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> ペルシア語	<input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> フランス語 <input type="checkbox"/> ネパール語	<input type="checkbox"/> ポルトガル語 <input type="checkbox"/> モンゴル語 <input type="checkbox"/> ミャンマー語	<input type="checkbox"/> タイ語 <input type="checkbox"/> ヒンディー語 <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

