

受診予定科へチェックをお願いいたします。

患者氏名	様
------	---

★ は、診療科に確認の上で予約日時が決定になるため、「予約確認票」は翌日以降で返信する場合があります。

△ は、診療科への電話連絡、▲ は、診療科へお電話でご予約した上で、FAX送信をお願いします。

太枠の診療科は、診療情報提供書・検査データ(画像を含む)等を受診予定日の3日前(土・日・祝を除く)までに送付して下さい
 送り先 〒036-8563 弘前市本町53番地 弘前大学医学部附属病院 総合患者支援センター 外来予約支援部門

受診予定科	診療科名	新患診療日	受診予定科	診療科名	新患診療日
整形外科			<input type="checkbox"/>	循環器内科	火・金
<input type="checkbox"/>	★整形外科一般	月・水・金	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	火・金
<input type="checkbox"/>	スポーツ外来	月・木	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科/感染症科	火・金
<input type="checkbox"/>	脊椎	火・水	呼吸器・心臓血管外科		
<input type="checkbox"/>	★関節	火・金	<input type="checkbox"/>	呼吸器外科(※4)	火
<input type="checkbox"/>	★腫瘍	火	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	火・金
<input type="checkbox"/>	★手・外傷再建	月・火	消化器内科・血液内科・免疫内科		
<input type="checkbox"/>	リウマチ	水	<input type="checkbox"/>	消化管	月・木
<input type="checkbox"/>	側弯症	金	<input type="checkbox"/>	★血液疾患全般	月・木
<input type="checkbox"/>	★小児整形外科	金	<input type="checkbox"/>	★悪性リンパ腫	月・木
<input type="checkbox"/>	PRP	金	<input type="checkbox"/>	肝胆膵	月・木
<input type="checkbox"/>	★がん口コモ	月・火・水・金	<input type="checkbox"/>	膠原病・炎症性腸疾患	月・木
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	月～金	<input type="checkbox"/>	消化器癌化学療法	月・木
<input type="checkbox"/>	消化器外科	月・水	<input type="checkbox"/>	★心療内科(※2)	

受診予定科	診療科名	新患診療日	受診予定科	診療科名	新患診療日
<input type="checkbox"/>	▲放射線治療科	月・火・水	腫瘍内科		
放射線診断科			<input type="checkbox"/>	△がんゲノム	火・水・木
<input type="checkbox"/>	▲画像検査	部位	<input type="checkbox"/>	★固形腫瘍(※4)	金
<input type="checkbox"/>	IVR(電話予約不要)	部位	腫瘍内科外来:0172-39-5378		
放射線科外来:0172-39-5280					

受診予定科	診療科名	新患診療日	受診予定科	診療科名	新患診療日
内分泌内科/糖尿病内科			リハビリテーション科		
<input type="checkbox"/>	内分泌内科(★甲状腺に関する症状)	月・水	<input type="checkbox"/>	★リハビリテーション科	月～金
<input type="checkbox"/>	糖尿病代謝内科	月・水	<input type="checkbox"/>	女性アスリート(※3)	金
神経科精神科			皮膚科		
<input type="checkbox"/>	★小学生～中学生(※1)	月・金	<input type="checkbox"/>	皮膚科	月～金
<input type="checkbox"/>	★大人(※1)	月・水・金	<input type="checkbox"/>	遺伝性皮膚疾患	木
<input type="checkbox"/>	★就学時児童 発達外来(※1)	木	<input type="checkbox"/>	レーザー(血管腫)	火
<input type="checkbox"/>	★クロザリル外来(※1)	月	産科婦人科		
小児科			<input type="checkbox"/>	一般外来	月・木
<input type="checkbox"/>	神経	月	<input type="checkbox"/>	不妊	火
<input type="checkbox"/>	★腎臓、膠原病、アレルギー	火	<input type="checkbox"/>	産科	月・木・金
<input type="checkbox"/>	血液腫瘍、造血幹細胞移植	水	<input type="checkbox"/>	★がん生殖外来	月・火・木・金
<input type="checkbox"/>	心臓	木	<input type="checkbox"/>	NIPT外来(※5)	金
<input type="checkbox"/>	内分泌代謝	金	麻酔科・集中治療科		
<input type="checkbox"/>	★長期フォローアップ	金	<input type="checkbox"/>	★麻酔科	月・火・木・金
<input type="checkbox"/>	★乳腺外科・甲状腺外科		<input type="checkbox"/>	漢方外来	水
<input type="checkbox"/>	★眼科		脳神経外科		
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科頭頸部外科	月・水・金	<input type="checkbox"/>	脳神経外科(※4)	月・金
<input type="checkbox"/>	小児外科	火・水	<input type="checkbox"/>	頭痛・三叉神経痛・顔面けいれん外来	月・金
<input type="checkbox"/>	脳神経内科	火・木	形成外科		
<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	月～金	<input type="checkbox"/>	一般外来	月・水・金
			<input type="checkbox"/>	乳房再建外来	金
			<input type="checkbox"/>	★総合診療部	火・木

※1 専門外来に合わせた問診票もご用意の上、お送りください。

※2 FAX送信の上、火・水の13:00～15:00に診療科へご連絡下さい。TEL: 0172-33-5111(代表)

※3 申込時、受診番号をご案内します。予約日の2日前までに患者様が予診票の入力をお願いします。

※4 受診時、家族の同伴(受診も含む)が必要です。

※5 NIPT専用の診療情報提供書に必要事項をご記入の上、申込をお願いします。