

# A 書式

当院使用欄

必要事項をご記入のうえ、FAX で送信して下さい **送信後、下記までご連絡下さい**  
連絡先 千葉大学医学部附属病院 患者支援センター  
FAX 043-226-2654 **TEL 043-226-2712**  
**受付時間 9:00~16:00**(土・日・祝祭日、年末年始 12/29~1/3 を除く)  
時間外・休日のお申し込みにつきましては、翌診療日のお返事となります。

## 紹介患者連絡票

### ご紹介医療機関

医療機関名.....  
ご住所.....  
電話番号.....内線：.....  
FAX番号.....  
ご担当部署.....FAX送信者.....

### ご紹介患者情報

患者氏名.....(旧姓.....)  
フリガナ.....  
生年月日 M T S H 年 月 日 (.....歳)  
性別.....男性・女性  
ご住所 〒.....  
電話番号.....(  
**千葉大病院受診歴 あり・なし (ID.....)**  
傷病名.....  
患者様の状態 独歩・車いす・その他 (.....)  
外来通院中 入院中 (退院予定日 月 日)

受診希望診療科.....科 (医師の指定は出来ません)

受診希望日時 1. 月 日 ( ) 時 分~ 時 分

2. 月 日 ( ) 時 分~ 時 分

※セカンドオピニオンをご希望の場合は、このFAXでの予約はお取り出来ません

## B 書式

# 医療機関連携予約受診票 (FAX 予約専用)

**※患者支援センターで予約を確定した患者さんにもお渡しください。**

診療科で直接予約を取られた患者さんとは受付方法が異なりますので、FAX 予約以外の患者さんがこちらの用紙をお持ちになられても受付ができませんのでご注意願います。

(お手数ですが、下枠の中をご記入のうえ患者さんへお渡し下さい)

患者氏名 _____	予約診療科 _____ 科
予約日時 _____ 月 _____ 日 ( ) _____ 時 _____ 分	
医療機関名 _____	御担当者様 _____

**患者さんへ (必ずお読み下さい)**

### 予約当日に必要なもの

- 保険証  受給券 (公費を使用する方)  紹介状  医療機関連携予約受診票 (この紙です)
- 受診登録カード (千葉大を過去に受診した事のある方のみ)  お薬手帳

**※ 保険証等をお持ちいただかない場合には、自費診療になることがありますのでご了承下さい。**

**当日 お時間に余裕をもってご来院をお願いします。**

- 1階入口の記載台で診療申込書をご記入ください。(受診登録カードをお持ちの方は記入の必要はありません)
- 総合案内カウンターにある番号発券機で「FAX・WEB予約」ボタンを押し、初診受付窓口(1番窓口)付近でお待ち下さい。

※予約時間等により、お呼びする順番が決まっております。当日の予約状況等によりお呼びする時間が遅れる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

### 注意事項

- 他院へ入院中の方は、必ず初診受付窓口(1番窓口)にお知らせ下さい。
- 予約のキャンセル・変更は紹介元の医療機関からご連絡ください。**
- 眼科受診の方へ

\*診察前、使用する薬剤により見えにくくなりますので、患者さんご自身での車やバイクの運転はお控え下さい。

\*諸検査や複数の医師の診察のため、診療が夕方までかかることがあります。

### 交通案内

**外来駐車場は大変混み合いますので、来院の際はなるべく電車やバスなどの公共交通機関をご利用下さい。**

1. JR千葉駅から東口正面7番バス乗り場から「千葉大学病院」または「南矢作」行き乗車、「大学病院」下車。  
(所要時間約15分 片道220円)
2. JR蘇我駅から東口2番バス乗り場から「大学病院」行き乗車、終点「大学病院」下車。  
(所要時間約15分 片道210円)
3. 京成電鉄千葉中央駅からタクシー (所要時間約10分 料金約1000円)

**お問合せ電話番号 043-226-2712 (FAX予約専用ダイヤル) お問合せ時間 8:30~17:00**