



送信先FAX : 03-3429-1702

(関東中央病院地域医療室)

【公立学校共済組合員 診察申込書】

紹介状の有無	有・無	フリガナ	性別
紹介医療機関名 ()		氏名 (旧姓)	男・女
交通事故との関係	有・無	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 歳
労災との関係	有・無		
<当院にかかった事がある方>			
年 月頃、科受診		住所	□□□-□□□□
受診希望日		電話	■自宅： - - ■勤務先： - -
第一希望： 年 月 日			
第二希望： 年 月 日			
第三希望： 年 月 日			
勤務先	予約票返信先	FAX番号	- - (自宅・勤務先)
組合員証情報	記号	公立	(本人・家族) 番号

※受診希望の科にチェックを入れてください。

	科名	症状別ガイド	
<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	咳、痰、息が苦しい。胸が痛い。咳と一緒に血が出た。肺の癌が心配。	
<input type="checkbox"/>	内	循環器内科	狭心症などの心臓病。脈の乱れ。動悸、息切れ、むくみ。
<input type="checkbox"/>		腎臓内科	検尿異常(血尿・蛋白尿)、腎機能低下。
<input type="checkbox"/>	科	消化器内科	肝機能が悪い。肝炎の検査を受けたい。 食べ物がつかえる。胃が重い。お腹が痛む。便秘がおかしい。胃・大腸カメラの検査を受けたい。
<input type="checkbox"/>		糖尿病 ・内分泌内科	糖尿病や甲状腺の病気。コレステロールが高い。ホルモン異常があるといわれた。 骨粗鬆症が心配。
<input type="checkbox"/>		脳神経内科	しびれ、ふるえ、めまいがする。よろける。力が入らない。けいれんをおこす。
<input type="checkbox"/>	小児科	子供の診察を受けたい。	
<input type="checkbox"/>	外科	食道、胃、大腸、胆嚢、膵臓、肝臓の手術が必要と言われた。 肛門から出血する。	
<input type="checkbox"/>	呼吸器外科	肺の手術が必要と言われた。	
<input type="checkbox"/>	乳腺外科	乳房にしこりがある。	
<input type="checkbox"/>	整形外科	関節、背中、腰の痛みがある。歩くと下肢がしびれたり痛くなる。	
<input type="checkbox"/>	産婦人科	妊娠した。無事に産出したい。おりものが出る。生理が不順で心配。生理痛が激しい。	
<input type="checkbox"/>	皮膚科	アトピー性皮膚炎や皮膚の病気に悩んでいる。	
<input type="checkbox"/>	泌尿器科	すぐおしっこがしたくなる。尿の出が悪い。尿に血が混じっている。	
<input type="checkbox"/>	眼科	視力が低下した。眼の異常がある。	
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	聞こえが悪くなった。声がかすれた。鼻水が出る。	
<input type="checkbox"/>	メンタルヘルス科	職業人の軽うつ病、適応障害。	
<input type="checkbox"/>	精神科	うつ病。精神面の病気の不安がある。	
<input type="checkbox"/>	脳神経外科	頭痛がする。脳の腫瘍があるとされた。脳の動脈瘤を心配している。	
<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	心臓や動脈の病気です手術が必要と言われた。下肢の静脈瘤がある。	
<input type="checkbox"/>	形成外科	顔のケガ。皮膚に腫瘍ができた。瞼が下がってきた。	

※予約が取れ次第、予約票をFAXさせていただきます。

※ご希望に添えない場合もございます。ご了承下さい。

関東中央病院 地域医療室

TEL 03-3429-1346(直通)