

リンパ外科・再建外科 《初診予約申込書》

申込日		年	月	日	JR東京総合病院	
ふりがな		男・女	昭・平	年	月	日生
氏名						年齢 歳
住所	(〒 -)					
Eメール	@					
電話番号	自宅：		携帯電話：			
以下の質問にお答えください。お答えいただいた内容は、受診決定の抽選には影響しません。						
①	これまでにJR東京総合病院を受診したことがありますか。					はい・いいえ
②	三原医師または原医師の診察を受けたことがありますか。					はい・いいえ
③	以前、リンパ外科・再建外科への予約申し込みをしたことがありますか。					はい・いいえ
④	翌々月について、 ご都合の悪い日に× をつけてください。 () 第1火曜 () 第2火曜 () 第3火曜 () 第4火曜 () 第5火曜 () 第1木曜 () 第2木曜 () 第3木曜 () 第4木曜 () 第5木曜 () 第2土曜 () 第4土曜					
申し込みの際しましては、下記をご了承いただき、□に✓を入れてください。						
1	申込書や返信用封筒に不備があった場合、受付できません。					□
2	返信用封筒には切手を貼り、返信先(住所、氏名)をご記入ください。					□
3	受付方法は郵送のみです。郵送先を今一度ご確認ください。					□
4	申込締切は毎月28日で、翌々月の予約をお取りします。					□
5	申込多数の場合、抽選となり、受診できないこともあります。					□
6	受診日は当院で決定し、郵送でお知らせします。					□
7	抽選の結果、受診できない場合は同封いただいた返信用封筒で、申込締切の翌月15日までにこの申込書の返送とあわせてお知らせをお送りします。					□
8	上記7で返信用封筒に不備がある場合、当院からは何もお知らせできません。その場合、この申込書は当院で破棄します。					□
9	受診者の決定方法に関するお問い合わせには一切お答えできません。					□
10	当科では、専門の医師やセラピストが診療を見学することがあります。					□
上記1～10の事項を理解しましたので申込みいたします。✓をいれてください→						□

注1) 必要に応じてこの申込書を複写して保管してください。

注2) 裏面の問診票にもご記入ください。

問診票

(1)	むくみがあるのはどこですか。	うで・あし・その他（ ）
(2)	リンパシンチ(*1)を受けたことがありますか。	はい・いいえ・わからない
(3)	下肢静脈エコー(*2)を受けたことがありますか。	はい・いいえ・わからない
(4)	最近、検診などで採血(*3)をしていますか。	はい・いいえ
(5)	当診療科から、リンパ浮腫診療に関するお知らせのメールやお手紙をお送りしてもよろしいですか。	はい・いいえ

*1 リンパシンチとは、リンパの機能をみる検査です。弱い放射線を出す薬を注射して検査を行います。撮影には1~2時間かかります。

*2 下肢静脈エコーとは、あしの血管（静脈）の逆流防止弁の異常や、エコノミークラス症候群（あしの血管に血のかたまりができる病気）がないかをみる検査です。立った状態か座った状態でゼリーをつけて行う、超音波の検査です。

*3 採血では、心臓、腎臓、肝臓などに問題がないかをみます。

*1~3は、かかりつけ医でもできることがあります。当科受診の前にこれらの検査を受けて結果をお持ちいただけますと、診療がスムーズに進みます。

この問診票は、当院の診療目的以外で使用することはありません。