

医療機関からの申込み



専用 FAX / 018-884-6564

秋田大学医学部附属病院
 地域医療患者支援センター
 がん相談支援センター 宛

かかりつけ医からの「紹介・予約申込票」(FAX 送付票)

申込日：平成 年 月 日

紹介元	医療機関名： _____		所属科： _____	
	担当医： _____		TEL： _____	
	所在地： _____		FAX： _____	
本院診療依頼	診療科	科 ◎対象領域 [_____]		
	診察希望日	期間： 年 月 日 ~ 月 日		
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
		(疾患名・コメント)		

患者基本情報

※患者さん受診時の待ち時間短縮のため、事前にカルテの準備をさせていただくために必要です。

※紹介状の写しと一緒に FAX 願います。

《救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず、直接該当診療科にお問い合わせください。》

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓)	男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____		
電話番号	(_____) - _____		
保険証 記載事項	氏名		患者との続柄：
	勤務先名称		
	勤務先住所	電話	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 _____)		

◎対象領域は「FAX による紹介新患予約枠」をご覧ください。

※FAX 送信の際は、番号をお間違いないようご注意ください。

※予約受付時間(平日 9 時~16 時)外のお申込みについては、原則として翌診療日の対応となります。