

患者さん個人からの申込み

※本申込票は、かかりつけ医からの「紹介・予約申込票」がある場合は、必要ありません。



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

専用FAX/018-884-6564

患者さんからの「予約申込票」(FAX送付票)

※必ず、かかりつけ医からの紹介状が必要です。

申込日：平成 年 月 日

紹介元	医療機関名： _____ 担当医： _____	
	診療科： _____ 連絡先： _____	
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

患者さんの基本情報

※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。

フリガナ		性別	生年月日
患者さん氏名	(旧姓)	男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
予約票受取FAX番号	※確実にFAXを受け取れる番号をご記入願います。		
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 _____)		
その他特記事項	※里帰り出産の申込みをされる方は、こちらに出産予定日と申込み時点での週数を必ずご記入ください。		

◎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。

※申込みはFAXでのみ受け付けており、予約票はFAXで送付します。受取り可能なFAX番号を必ずご記入ください。