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:令和　　年　　月　　日

紹介元	医療機関名: 担当医: 所在地:	所属科: TEL: 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	☐診察　☐検査　☐治療　☐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。
※紹介状の写しを一緒に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・令　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	☐なし　☐不明　☐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願います。
※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。