

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： _____ | | 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 _____) <small>重複 ID 作成防止のため旧姓もご記入下さい</small> | 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 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 _____) | | | |
| 患者申し送り事項 | | | | |

※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。