|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\jimu999\Desktop\無題.png | **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** |

**医療機関からの申込み**

**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 | 　　　**遺伝子医療部**　　　◎対象領域〔　NIPT　　　　　　　　　　〕 |
| 診察希望日 | 期間：　　　　年　　　月　　　日　～　　　　月　　　日※出生前検査に関する外来は**木曜日午後** |
|  | 分娩予定日：　　　　年　　　月　　　日妊娠出産歴：G　　　P |
| （疾患名・コメント） |

**患　者　基　本　情　報**

※紹介状の写しを一緒にFAX願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | （旧姓　　　　　　　）重複ID作成防止のため旧姓もご記入下さい | 男・女 | 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 　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者申し送り事項 |  |

**※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。**