|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。**