

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	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) <small>重複 ID 作成防止のため旧姓もご記入下さい</small>	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	<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			

※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。