

診療申込書

(FAX 送信用)

申込年月日：平成 年 月 日

公益財団法人 がん研究会 有明病院

医療連携課

FAX 03 (3570) 0254

診療科 (該当する診療科を○で囲んでください。)

呼吸器 (内科・外科)	頭頸科 (頭頸部・甲状腺)
消化器内科 (食道・胃・大腸・肝胆膵)	
消化器外科 (食道・胃・大腸・肝胆膵)	
乳腺科・婦人科・整形外科・泌尿器科	
血液腫瘍科・化学療法科・放射線治療科	
ペインクリニック・眼科・総合内科	
その他 ()	

貴院の名称：
所在地：
TEL：
FAX：
所属・医師名

先生 受診希望日① 年 月 日 ② 年 月 日

* 保険情報をご記入いただくか、保険証を FAX してください。(セカンドオペを除外)

保険者番号									
記号・番号									
被保険者との続柄									

公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
一部負担金の割合									

フリガナ		男・女	生年月日				
患者氏名		様	明治・大正	年	月	日	
			昭和・平成				
住所 (〒 -)							
TEL () -							
紹介目的：①治療依頼	②検査依頼 (精査)	③セカンドオペ (自費)					
1.手術 2.放射線治療 3.化学療法 4.その他		※出来るだけ診療情報提供書を併せてご送信ください。 (がん研病院受診歴 有・無)					
傷病名 (主訴)							

- ・ FAX 受信後、20 分以内に「予約通知書」を送信いたします。
- ・ 患者さんは予約時間の 30 分前までに「予約通知書」「診療情報提供書・検査資料」「保険証」をご持参の上、医事課 新患受付へお越し下さい。
- ・ 医療連携課業務時間：平日 9:00~17:00 土曜日 9:00~12:30 (第1・第3)
- ・ FAX は 24 時間受け付けておりますが時間外、休診日に頂いた場合、「予約通知書」は翌診療日に送信いたします。(FAX 診療申込書は診察希望日前日の 16:00 までにご送信下さい。)
- ・ 申込日当日のご予約はお取りしておりません。
- ・ 休診日：日曜日・祝祭日・年末年始・土曜日 (第2・第4・第5)
- ・ ご不明な点がございましたら、医療連携課までお問い合わせ下さい。

医療連携課 (ダイヤル) 03 (3570) 0506