

**診療申込書** **【FAX】** **03-3570-0254**

公益財団法人がん研究会有明病院  
診療予約室

〒135-8550 東京都江東区有明3-8-3 1  
【TEL】 03-3570-0506  
【FAX】 03-3570-0254

受付時間：8時30分～16時30分  
 休診日：土曜日・日曜日・祝祭日  
 年未年始（12月29日～1月3日）

貴院の名称	
所在地	
TEL	
FAX	
ご担当者	

受診希望日	① 月 日 ( )	② 月 日 ( )	③ 月 日 ( )
紹介目的	精査加療・セカンドオピニオン		現在ご入院中ですか？ はい・いいえ
受診を希望する科（該当する診療科の上に○をつけてください）			
呼吸器内科	呼吸器外科	頭頸科（頭頸部）	頭頸科（甲状腺）
整形外科	泌尿器科	乳腺科	婦人科
消化器化学療法科	上部消化管内科	下部消化管内科	食道外科
胃外科	大腸外科	肝胆膵内科	肝胆膵外科
総合腫瘍科	血液腫瘍科	眼科	総合内科
皮膚腫瘍科	その他（ ）		
希望する医師名			
傷病名 症状等	※診療情報提供書を併せてご送信ください。		

フリガナ			
患者氏名	様	男・女	生年月日
住所	〒		
電話番号	※「がん研有明病院」と名乗って差し支えない番号をご記入ください。		西暦 年 月 日
保険者番号	本人・家族	公費負担者番号	当院受診歴 有・無・不明
記号・番号		受給者番号	
国籍	日本・アメリカ・中国・韓国・ベトナム・その他（ ）		

- \* 診療情報提供書は貴院の所定用紙にご記入ください。
- \* FAX受信後、20分以内に【予約通知票】を送信いたします。
- \* 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、【予約通知票】は翌診療日に送信いたします。
- \* 申込日当日のご予約はお取りしておりません。ご了承下さい。
- \* ご不明な点がございましたら、診療予約室（Tel：03-3570-0506）までお問い合わせください。