

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	科 ◎対象領域〔 〕			
	診察希望日	期間： 年 月 日 ～ 月 日			
	紹介目的	☐ 診察 ☐ 検査 ☐ 治療 ☐ その他() (疾患名・コメント)			

患者基本情報

※患者さん受診時の待ち時間短縮のため、事前にカルテの準備をさせていただくために必要です。

※紹介状の写しと一緒に FAX 願います。

《救急患者さんにつきましては、この申込書を使用せず、直接該当診療科にお問い合わせください。》

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	大・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				

※FAX 送信の際は、番号をお間違いないようご注意ください。

※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。