

プレジジョン検査初診予約申込書

平成 年 月 日

静和記念病院 がん遺伝子検査外来予約受付担当 行

〒063-0811 北海道札幌市西区琴似1条5丁目1-1
電話 (011)611-1116 FAX (011)631-6271

申込日から1週間後の最初の火曜日が最短予約日となりますが、予約状況によってはその限りではございませんので、ご了承ください。
FAX受付:月曜～金曜(午後5時まで)

- ※ がん遺伝子外来は「火曜日午後15:30以降」のみの診察となります。
- ※ 土日のFAX受信分は月曜日のご対応とさせていただきます。
- ※ 場合により不定期の金曜日の午後に受診可能な場合があります。ご相談ください。

貴医療機関名	
住 所	
医 師 氏 名	
診 療 科	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
ご担当者 等	

【受診者様】

フリガナ		性 別	生 年 月 日	
氏 名		男 ・ 女	明・大・昭・平	年 月 日
住 所	〒 -			
電話番号	() -	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

※ 貴院の様式で「診療情報提供書」を記入いただき、申込書と一緒にFAX願います。

傷病名				
既往歴				
連絡事項	<input type="checkbox"/> 月 日すでに、Dr to Drで連絡済 貴院 科 先生より 当院 科 先生へ 連絡済です。			
資 料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (CD-R・検査記録) → 返却 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 資料準備状況 → <input type="checkbox"/> 事前郵送可 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> 予約日次第			

※ 患者様の現在の状況・予約希望日

状 況	<input type="checkbox"/> 自宅通院	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 抗がん剤投与中
歩行状態	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 時々車いす	<input type="checkbox"/> 車いす
予約希望日(火曜日のみ)	2018年 月 日 (火曜日) ※ご希望に添えない場合もあり		