

国立がん研究センター中央病院

去勢抵抗性前立腺がんに対するプルヴィクト治療申込書

腫瘍内科初診 FAX予約申込書

必ず医療機関から診療情報提供書と共にFAXして下さい。

予約センターFAX 番号 0120-489-512 (24 時間受信可)

●平日 17 時以降・土日祝日に送信いただいた分は、翌営業日に受付を行います。

●転院依頼は、直接医療連携室 03-5565-2321 (直通) にお願いします。

受診者情報			
フリガナ 患者氏名		年齢	歳
		生年月日	西暦 年 月 日
居住地	都道府県	区市郡	
電話番号	①	②	③
当センター 受診歴	□なし	□診察歴あり (診察券番号:)	
	□セカンドオピニオンあり (診療科:)	担当医:	年 月 頃
事前確認	<input type="checkbox"/> 5日間以内に新型コロナウイルス感染症の患者(確定例)、またはその疑い患者との接触がない <input type="checkbox"/> 過去5日以内に発熱(37.5°C以上)、のどの痛み、咳、鼻汁、呼吸苦等の症状がない <input type="checkbox"/> 20日以内に新型コロナウイルス感染症を発症していない(発症日: 月 日)		
予約希望日情報			
受診希望日	(月/日 複数可)		
※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。			
受診できない日	(月/日 複数可)		
曜日指定	月・火・水・木・金		
医師指定	□なし	□あり	医師名()
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
(送信元) 医療機関名			
医療連携 ご担当者様			
直通TEL (医療連携室等)			
回答先FAX (必ず記載ください)			
ご担当医	(医師名・診療科)		
貴院への連絡方法	FAX到着後、3営業日以内に予約票を送付致します		

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

予約センター医療機関専用 TEL: 03-3547-5209 (9時~16時 土日祝日、年末年始を除く)