

国立がん研究センター 中央病院 FAX予約変更申込書

本申込書を予約センターにFAXしてください。

FAX 番号 0120-489-512 (24 時間受信可)

●太枠の中をご記入ください

- 夜間・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。
- 予約日の1週間前までにお申し込みをお願いします。
- 初診、セカンドオピニオンの日程変更はFAXでは承っておりません。予約センター初診・セカンドオピニオン専用電話 03-3547-5130 (9~16時 土日祝日を除く) にお電話をお願いします。

受診者情報			
フリガナ 患者氏名	(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日
電話番号	①	②	③
診察券の番号 (正しく記載下さい)			
診療科			
主治医名			
変更希望項目 (☑をいれる)	現在の予約日	医師使用欄 (空欄でお返してください)	
<input type="checkbox"/> 外来日	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> レントゲン検査	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> CT	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> 血液検査	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
予約の変更理由について		お薬を飲んでいる方	
<input type="checkbox"/> 仕事上の都合 <input type="checkbox"/> 体調不良 (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> コロナウイルス流行のため <input type="checkbox"/> その他 (内容: _____)		お薬はいつまで足りますか。 月 日 (薬品名: _____)	
予約変更を希望される時期			
(元の予約日から) <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週~1か月後 <input type="checkbox"/> 1~3か月後 <input type="checkbox"/> 3~6か月後			
病院からの返信先FAX番号			
FAX番号			

受付後 3~5 営業日以内に返答させていただきます。