

国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院

FAX予約申込書

<区分> は、それぞれいずれか1つにチェックをしてください。

泌尿器・後腹膜腫瘍科 の 診療 セカンドオピニオン

上記に該当しない場合は、本様式は不要です。最下部の番号より電話でのご予約をお願いします。

※ セカンドオピニオンは、面談日当日に病理標本を持参されても対応することはできません。
病理標本でのご相談を希望する場合は、必ず「病理相談外来」の手続きをお願いいたします。

<受診者情報>

フリガナ 患者氏名			年齢	歳		
	(男・女)		生年月日	西暦	年	月 日
電話番号	①	②	③			
国立がん研究センター受診歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある → 診察券の番号 (

<予約希望情報>

予約希望	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望あり → 下に詳細を記入				
日程指定	希望日				
		(月/日 複数可)			
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			

<紹介元情報・予約日時の連絡方法>

(送信元) 医療機関名 部署・氏名 電話番号					
FAX番号	予約決定日は、左記にFAXでご連絡いたします。				
患者への 別途連絡	<input type="checkbox"/> 当院（紹介元）より連絡するので、別途連絡は不要です。 <input type="checkbox"/> 電話を希望します。 <input type="checkbox"/> FAXを希望します。 → FAX番号 ()				

この申込書と紹介状（診療情報提供書）を、合わせて下記へFAXしてください。

FAX送付先：0120-489-512（番号誤りにご注意ください）

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 TEL：03-3547-5130（10:00~16:00 土・日・祝日、年末年始を除く）