

診療予約申込書 【FAX】 092-541-3390

※本紙と一緒に「診療情報提供書」のFAX送信をお願いいたします。
 「診療情報提供書」は当院の書式を使用させていただく必要はありません。

令和 年 月 日

九州がんセンター
がん相談支援センター(地域医療連携室)
 〒811-1395 福岡県福岡市南区野多目3-1-1
 直通 TEL(092)542-8532 FAX(092)541-3390
 代表 TEL(092)541-3231 FAX(092)551-4585

受付時間：平日 8：30～17：00
 休診日 ：土・日・祝日
 年末年始（12/29～1/3）

貴院の名称			
所在地			
診療科名			
医師名			
TEL	()	—	
FAX	()	—	
担当者名			

受診希望日	① 月 日 曜日	② 月 日 曜日	③ 月 日 曜日
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> なるべく早い受診 <input type="checkbox"/> 曜日指定のみ () 曜日		
※各診療科の外来診療日は、ホームページをご参照ください。			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 転入院 <input type="checkbox"/> 検査のみ		現在ご入院中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
受診を希望される診療科（該当する診療科に✓をつけてください。）			
<input type="checkbox"/> 頭頸科 <input type="checkbox"/> 小児・思春期腫瘍科 <input type="checkbox"/> 泌尿器・後腹膜腫瘍科 <input type="checkbox"/> 血液・細胞治療科 <input type="checkbox"/> 呼吸器腫瘍科 <input type="checkbox"/> 消化管・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 消化管外科 <input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵内科（肝臓） <input type="checkbox"/> 消化器・肝胆膵内科（膵臓） <input type="checkbox"/> NET外来 <input type="checkbox"/> 肝胆膵外科 <input type="checkbox"/> 消化管・内視鏡科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 乳腺科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘍科 <input type="checkbox"/> 整形外科・骨軟部腫瘍科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 画像診断科（検査依頼のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 診療科の指定なし			
医師の指定	※ご希望に添えない場合があります。 <input type="checkbox"/> なし () 医師 <input type="checkbox"/> あり		当院の医師への事前連絡 <input type="checkbox"/> なし () 医師に連絡済 <input type="checkbox"/> あり

フリガナ				<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 生年月日 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
住所	〒			
電話番号	※九州がんセンターから連絡して差し支えない番号をご記入ください。		当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
事前送付	※事前送付が難しい場合は、患者さんに当日持参いただきますようお願いください。			
当日持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 病理プレパラート <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			