管理ID							

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し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
	☐ 特になし	☐ なるべく早い受診	☐ 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	☐ 外来受診　☐ 転入院　☐ 検査のみ	現在ご入院中ですか？	☐ はい　☐ 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。）

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
頭頸科	小児・思春期腫瘍科	泌尿器・後腹膜腫瘍科	血液・細胞治療科	呼吸器腫瘍科	消化管・腫瘍内科	消化管外科	消化器・肝胆膵内科（肝臓）	消化器・肝胆膵内科（膵臓）	NET外来	肝胆膵外科	消化管・内視鏡科	婦人科	乳腺科	形成外科	皮膚腫瘍科	整形外科・骨軟部腫瘍科	放射線治療科	画像診断科（検査依頼のみ）	その他（　　）	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。 ☐ なし　☐ あり　（　　）医師	当院の医師への事前連絡	☐ なし　☐ あり　（　　）医師に連絡済

フリガナ		☐ 男　☐ 女	生年月日	☐ 大　☐ 昭　☐ 平　☐ 令　年　月　日
患者氏名				
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	☐ あり　☐ なし　☐ 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伝えください。 ☐ あり　☐ 画像データ　☐ 病理プレパラート　☐ その他（　　）　☐ なし			
当日持参	☐ あり　☐ 画像データ　☐ 病理プレパラート　☐ その他（　　）　☐ なし			