



外来予約FAX申込書

県立がんセンター新潟病院

西暦 年 月 日

送信先	県立がんセンター新潟病院	患者サポートセンター
	FAX:025-234-0022	TEL:025-234-0011

ご紹介元の 医療機関	病院・医院		科
	医師名		
	電話番号		
	FAX番号		

患者さんの 基本情報	ふりがな			
	氏名	男・女		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 西暦 年 月 日生(歳)		
	住所			
	電話番号			
	当院の受診歴	あり・なし	科	(お分かりでしたら 記載をお願いします)
	COVID-19	感染歴	あり・なし	陽性診断日
濃厚接触歴		あり・なし	陽性者接触日 初日	R 年 月 日

ご依頼情報	ご依頼の内容	1 診療 2 検査 3 セカンドオピニオン 4 便潜血陽性(大腸内視鏡検査依頼)			
	予約希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望: 西暦 年 月 日(曜日) <input type="checkbox"/> 第2希望: 西暦 年 月 日(曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい			
	予約科 希望医師	科	医師		
	紹介目的 (簡単で結構です)				
	検査依頼	C T	造影 可・不可 (部位)		
			持続血糖測定器	有 無	植え込み型除細動器 有 無
M R I		造影 可・不可 (部位)			
	持続血糖測定器	有 無	植え込み型除細動器 有 無		
	その他の検査				

- ❖ 緊急性がある場合は、電話でご相談下さい。(患者サポートセンターの受付時間 8:30~18:30)
- ❖ FAX受信は24時間受付を致します。(土・日・祝日の返信は後日となります)
- ❖ 大腸内視鏡検査は、診察後の予約となります。
- ❖ 「診療情報提供書」は受診当日の持参でも結構です。
(紹介目的、紹介科によってはこちらから事前FAX・画像提供をお願いする場合がございます。ご理解をお願いいたします。)