



二次検診 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 FAX:025-234-0022	患者サポートセンター TEL:025-234-0011
-----	----------------------------------	--------------------------------

ご紹介元の 医療機関	検診機関(または市区町村など関係機関)	
	健診機関名 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)
	抗血栓薬内服	あり・なし	(薬名)	

ご依頼情報	ご依頼の二次検診	1 大腸検査(便潜血陽性) 2 胃(一次検診バリウム) 3 胃(一次検診胃カメラまたは抗血栓薬内服中)
	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		

- ❖ 1(大腸検査)と3(胃がん検査)の内視鏡検査は、診察後の予約となります。
- ❖ 「精密検査依頼書」は受診当日にご持参ください。