



県立がんセンター新潟病院

二次検診 予約FAX申込書

申込日 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（受付時間 8:30~18:30） FAX: 025-234-0022 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）		
	検診機関名		
	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	年 月 日	歳
	住所	(〒 -)		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
	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。)		
	前回当院受診時と、姓、住所、電話番号に変更がございましたら下記*をご記入ください			
	*旧姓		*旧電話番号	
	*旧住所			
	抗血栓薬内服	あり ・ なし	薬名	
	COVID-19	感染歴	あり ・ なし	陽性診断日 年 月 日
		濃厚接触歴	あり ・ なし	濃厚接触日 年 月 日
※感染歴・濃厚接触歴のご記入をお願いいたします。				

保険者番号	公費負担番号（お持ちの場合）
記号・番号	受給者番号（お持ちの場合）
続柄 本人 ・ 家族	資格取得日 年 月 日
後期・前期負担割合 割	資格取得日 年 月 日

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（一次検診がバリウム） 3. 胃（一次検診が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： 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 第2希望： 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 都合の悪い日

* 1.大腸検査（便潜血陽性）と3.胃（一次検診が胃カメラまたは抗血栓薬内服中）の内視鏡検査は、診察後の予約となります。

* FAXは24時間受付をいたします。（土・日・祝日の返信は後日となります。）

* 「精密検査依頼書」と「CD-R」は、予約日の2日前までに郵送をお願いいたします。

（郵送先）〒951-8566 新潟市中央区川岸町2丁目15番3 県立がんセンター新潟病院

患者サポートセンター宛