

送付先FAX番号 0120-721-991(地域医療連携課直通)

依頼日 年 月 日

浜の町病院 FAX予約申込書 (遺伝性腫瘍外来用)

太枠内をご記入ください。

浜の町病院		紹介元医療機関	
乳腺外科 金城和寿 医師		郵便番号	
遺伝性腫瘍外来は毎週月曜日 15:00~となっております		所在地	
受診希望日		医療機関名	
第1希望 令和 年 月 日		TEL	
第2希望 令和 年 月 日		FAX	
第3希望 令和 年 月 日		診療科	
※状況によっては、ご希望に沿えない場合もございます。		医師名	
※浜の町病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明			
受診歴がある場合、浜の町病院の患者IDが分かればご記入ください ⇒			
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 性別 男・女
患者氏名	(旧姓:)		(歳)
住所	〒 -		
	電話番号 () -	携帯番号 () -	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号(枝番)	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号	
高齢者医療負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療	遺伝性腫瘍外来		
浜の町病院記入 到着確認 チェック項目	診療情報提供書	BRCA検査結果	

お問い合わせ先

平日(月~金) 8:30~16:00 TEL 092-721-9991 (がん相談支援センター)
 時間外及び土日祝日 TEL 092-721-0831 (病院代表)

送付先FAX番号 0120-721-991(地域医療連携課直通)

依頼日 年 月 日

浜の町病院 FAX予約申込書 (遺伝性腫瘍外来用)

太枠内をご記入ください。

浜の町病院		紹介元医療機関	
乳腺外科	金城 和寿 医師	郵便番号	
遺伝性腫瘍外来は毎週月曜日 15:00~となっております		所在地	
受診希望日	医療機関名		
第1希望 令和 年 月 日	TEL		
第2希望 令和 年 月 日	FAX		
第3希望 令和 年 月 日	診療科	医師名	
※状況によっては、ご希望に沿えない場合もございます。			
※浜の町病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明			
受診歴がある場合、浜の町病院の患者IDが分かればご記入ください ⇒			
フリガナ	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別 男・女
患者氏名	(旧姓 :)		
住所	〒 -		
	電話番号 () -	携帯番号 () -	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号(枝番)	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号	
高齢者医療負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
診療	遺伝性腫瘍外来		
浜の町病院記入 到着確認 チェック項目	診療情報提供書	BRCA検査結果	

お問い合わせ先

平日(月~金) 8:30~16:00 TEL 092-721-9991 (がん相談支援センター)
 時間外及び土日祝日 TEL 092-721-0831 (病院代表)