

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 (がんゲノム外来用)

太枠内をご記入ください。

浜の町病院		紹介元医療機関	
腫瘍内科 科 草場 仁志 医師		郵便番号	
がんゲノム外来は毎週水曜日13:00~となっております		所在地	
受診希望 1. 可急的		医療機関名	
2. 1~2ヶ月		TEL	
3. その他		FAX	
()		診療科	
※状況によってご希望に沿えない可能性があります。		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	性別
患者氏名	(旧姓:)	年 月 日	男・女
住所	〒 -	(歳)	
	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	がんゲノム外来		
浜の町病院記入 到着確認 チェック項目	情報提供書	病理診断報告書	直近の画像 レポート
			直近の採血結果

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 (がんゲノム外来用)

太枠内をご記入ください。

浜の町病院 腫瘍内科 科 草場 仁志 医師		紹介元医療機関 郵便番号 所在地	
がんゲノム外来は毎週水曜日13:00~となっております		医療機関名	
受診希望 1. 可急的 2. 1~2ヶ月 3. その他 ()		TEL FAX	
※状況によってご希望に沿えない可能性があります。		診療科 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 (歳)
患者氏名	(旧姓 :)		性別 男・女
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	がんゲノム外来		
浜の町病院記入 到着確認 チェック項目	情報提供書	病理診断報告書	直近の画像 レポート 直近の採血結果

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)