


国立国際医療研究センター
移行支援外来 FAX 予約申込書

* 医療機関より診療情報提供書と共に FAX してください。

FAX 番号：03-3202-1003（地域医療連携室直通）

受診者情報			
フリガナ			男
受診者氏名			女
生年月日	年 月 日（ 歳）		
現住所	都道府県 区市郡		
電話番号	①	②	③
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診察券番号： ）		
事前確認	初診後に紹介元と当院とで合同カンファレンス（オンライン）を行います。ご紹介いただく患者さんに、病院間での情報共有についてご同意をいただいていますか？ 必ず同意 をいただくようお願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 同意あり		
	当科のポリシー*を周囲と患者さん及び保護者と共有されていますか？ <input type="checkbox"/> はい（患者・保護者） <input type="checkbox"/> いいえ（下記参照いただき、共有をお願いいたします） *「 NCGM 移行支援外来におけるトランジションの指針（ポリシー） 」は移行支援外来ホームページに掲載されています。特別な理由がない限り 当院受診前に患者さん及び保護者と共有いただきますようお願い いたします。  ポリシー		
	下記のうち患者さんに渡されているものを選択してください。 <input type="checkbox"/> 治療サマリー* <input type="checkbox"/> ケアプラン* <input type="checkbox"/> フォローアップ手帳 *治療サマリー及びケアプランを渡されている場合は診療情報提供書と共に FAXをお願いいたします。		
現在、定期通院している診療科			

移行を希望する診療科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌代謝科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 乳腺・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 心理社会的支援 <input type="checkbox"/> その他 ()
予約希望日	
受診希望日	* 月 (AM/PM) ・ 金 (PM)
紹介元情報	
送信元 医療機関名	
所在地	
医療連携 ご担当者様氏名	
直通 TEL 直通 FAX	(部署名 :)
受診日調整用 メールアドレス	
ご担当医	診療科・医師名 <u>* 合同カンファレンス日程調整のため、必ず連絡先をご記入ください</u> Mail:

国立国際医療研究センター 移行支援外来については下記、ホームページを参照ください



<https://www.hosp.ncgm.go.jp/cancer/021/support/index.html>