

国立国際医療研究センター
がんサバイバーシップ外来 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？ <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 説明未		
予約希望日			
受診希望日	（月曜日午前・午後 複数可）		
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 * 合同カンファレンス日程調整のため、連絡先をご記入ください Mail:		