**頭頸部アルミノックス外来　紹介予約申込書**

**国際がん医療・研究センター　予約担当　宛　FAX（０７８）３０２－７１６９**

**・申し込みの際は、必ず紹介予約申込書と診療情報提供書の２点をＦＡＸで送信お願いいたします。**

**・FAX受信後にご担当部署へ「予約受付票」をFAXいたします。**

**・当日中にお返事ができない場合がございます。**

**【紹介元データ】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **貴院名** |  |
| **住　所**〒 |  |
| **代表TEL** | （　　　　）　　　　－　　　　 | 診療科 |  |
| **担当TEL** | （　　　　）　　　　－　　　　 | 医師名 |  |
| **※ＦＡＸ（必須）** | （　　　　）　　　　－　　　　 | 申込担当者名 |  |
|  |  |  |  |

**【患者さんデータ】　※選択するものは□にレ点を入れてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | [ ] 　大正　[ ] 　平成　[ ] 　昭和　[ ] 　令和　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 性別　　[ ] 　男　[ ] 　女 |
| TEL自宅 | （　　　　）　　　　－　　　　 |
| 旧姓（　　　　）※お分かりでしたらご記入お願いします。 | TEL携帯 | （　　　　）　　　　－　　　　 |
| 住所 | 〒旧住所（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 外国人の方 | 日本語での会話　　[ ] 可　[ ] 不可会話可能な言語　（　　　　　）日本語がわかる方の付き添い[ ] 有　[ ] 無 |
| **※　患者さんの電話番号は自宅と携帯の両方をご記入ください。****※　ＩＤの二重登録を防止するため、旧姓・旧住所の確認を貴院へご連絡させていただく場合がございます。****ご了承お願いします。** |
| 神戸大学医学部附属病院又は国際がん医療・研究センター受診歴 | 現在の入院状況 |  　　　　　　 保険情報 |
| [ ] 　有（ID： 　　　　 ）　□　無 | [ ] 有　　[ ] 無 | [ ] 国保・後期　[ ] 社保　[ ] 生保　[ ] 労災　[ ] 自費 |
| 確認事項 | ※　**患者さんにご確認のうえ、全てチェックを入れてください。**　[ ] 　ご相談最初の30分は27,500円、延長料金は15分毎に5,500円(自費診療）　　　[ ] 　訴訟の目的にしない　[ ] 　交通事故に関する相談ではない　[ ] 　ご本人が来院されない場合、代理受診同意書を本書と共にFAXして頂ける |
| 予約希望 | 第１希望日　　　　月　　　　日（水）第２希望日　　　　月　　　　日（水）第３希望日　　　　月　　　　日（水）※お時間の希望がございましたら、備考欄にご記入お願いいたします。（9:00～11:00の間）※原則、予約変更はお避けくださいますようご協力をお願いいたします |
| **患者さん予約****回答待ち状況** | 　[ ] 　**患者待機中** | 備考 |  |

**※　一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じて当センターにご連絡**

**お願いします。**

**受付時間（平日　月～金　８：３０～１７：００（FAX受信は24時間可能です。））**

**予約専用お問い合わせ先　TEL（０７８）３０２－７１６７**

2025年4月