**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