

去勢抵抗性前立腺がんに対するプルヴィクトに関するセカンドオピニオン FAX予約申込書 【腫瘍内科】

必ず医療機関から診療情報提供書と共に FAX して下さい。

予約センターFAX 番号 0120-489-512 (24 時間受信可)

- 受付より3営業日以内に、FAX で返信いたします。
- 夜間・土日祝日に送信いただいた分は、翌営業日に受付を行います。
- 転院依頼は、直接医療連携室 03-5565-2321 (直通) をお願いします。

受診者情報			
フリガナ 患者氏名		年齢	歳
	(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日
居住地	都道府県 区市郡		
電話番号	① ② ③		
当センター 受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診察歴あり (診察券番号:) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンあり (診療科: 担当医: 年 月頃)		
希望診療科			
事前確認 <small>予約時に考慮させて頂き ます。これでお断りする ものではありません。</small>	<input type="checkbox"/> 5日間以内に新型コロナウイルス感染症の罹患患者、またはその疑い患者との接触がない <input type="checkbox"/> 過去5日以内に発熱(37.5℃以上)、のどの痛み、咳、鼻汁、呼吸苦等の症状がない <input type="checkbox"/> 20日以内に新型コロナウイルス感染症を発症していない(発症日: 月 日)		
予約希望日情報			
受診希望日	(月/日 複数可) ※院内の都合により、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください		
受診できない日	(月/日 複数可)		
曜日指定	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		
医師指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師名 ()		
紹介元情報・予約日時の連絡方法			
(送信元) 医療機関名			
医療連携 ご担当者様			
直通TEL (医療連携室等)			
回答先FAX			
ご担当医	(医師名・診療科)		
貴院への連絡方法	予約日を確定後、3営業日以内にFAXにて予約票を送付致します		

個人情報を送信できない場合は、可能な部分を記載し、送信後に下記へご連絡ください。
 また、予約に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。
 予約センター医療機関専用 連絡先 TEL: 03-3547-5209 (9時~16時 土日祝日、年末年始を除く)