**FAX送信票（高清会陽子線治療センター受診予約申込書）**

※貴院書式の紹介状をいっしょにFAXしてください。

＜宛先＞　高清会陽子線治療センター・地域医療連携室

FAX番号：0743-65-5616　電話番号：0743-65-3263　平日9：00～17：30

FAX番号：0743-65-1976　電話番号：0743-65-3263　　平日9：00～17：30

【送信元情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 送信日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 診療科・医師名 |  |

【患者様情報】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリｶﾞﾅ |  | 男  女 | 住所 | 〒 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | T S H　　年　　月　　日(　　歳) | | 高井病院受診歴 | | 有　･　無 |

※ご記入をいただきました患者様情報は個人情報保護法にもとづき、当センターの管理責任者の下、厳重に管理し、予約取得目的以外では使用をいたしません。

【受診形態】

|  |  |
| --- | --- |
| 受診形態 | * 診察希望　　　　　□　セカンドオピニオン希望 |
| 治療歴 | * 紹介状参照　□　放射線治療　□　手術　□　化学療法　□　ホルモン療法　□　免疫療法 |
| 移動方法 | * 独歩　□　杖歩行　□　車椅子　□　ストレッチャー |

　セカンドオピニオン希望の場合は受診者の欄のチャックもお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者 | * ご本人のみ　□　ご本人とご家族　□　ご家族のみ（代表者氏名　　　　　　　　　　　） |

【受診希望日】**（月、水、木曜日からお選びください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１希望 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　）午前・午後 | 予約日時は予約連絡先に電話でお知らせします |
| 第2希望 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　）午前・午後 |
| 第3希望 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　）午前・午後 |

【予約連絡先】

|  |
| --- |
| * 医療機関　　（　医師　・　看護師　・　地域医療連携室）（ご担当者様　　　　　　　　　　　） * 患者様本人 * ご家族　　　（　氏名　　　　　　　　　　　　　　）　（続柄：　　　　　　　　）   　　　　　　（　TEL：　　　　　　　　　　　　　） |

高清会陽子線治療センター　記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決定日 |  | 担当 |  |