

受診申込書

弘前大学医学部附属病院
成人先天性心疾患センター

FAX : 0172-39-5448

「成人先天性心疾患センター 担当医」宛ての診療情報提供書と一緒にFAXをお願いいたします。
以下太枠の欄をご記入のうえ、上記までFAXしてください。

申込日	令和		年		月		日
紹介元医療機関							
医療機関名							
住 所	〒 -						
ご担当者名	部署名: 氏名(職種): ()						
T E L							
F A X	(ご担当者様が直接受け取れる番号をご記入ください。)						

患者情報											
フリガナ					生 年 月 日						
氏 名					☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日 (満 歳)
自宅電話番号				携帯電話番号							
- -				- -							
弘前大学医学部附属病院 受診歴		☐ あり ☐ なし		⇒「あり」の場合 当院ID()							

後日、受診日程について、外来予約支援部門より、ご担当者宛てにご連絡差し上げます。
(外来予約支援部門:0172-39-5464)

当院記載欄
☐ ID取得・スキャン完了・連絡済

【お問い合わせ】

〒036-8563 青森県弘前市本町53番地
弘前大学医学部附属病院 成人先天性心疾患センター
TEL:0172-39-5459
(脳卒中・心臓病等総合支援センター直通)