

弘前大学医学部附属病院 総合患者支援センター 外来予約支援部門 行 〒036-8563 弘前市本町53番地	FAX番号 0172-39-5338 [連絡先TEL]0172-39-5464
---	--

FAX受付:24時間自動受付(ただし、17:00以降、土日、祝日にいただいたFAXは、翌平日に確認後、ご連絡いたします。)

### 弘前大学医学部附属病院 FAX診療申込書

申込年月日	令和	年	月	日	科			ID							
紹介元	医療機関名							診療科							
								担当医							
								申込担当者							
								TEL							
								FAX							
患者基本情報	現在の状況	<input type="radio"/> 外来通院中 <input type="radio"/> 入院・入所中				当院受診歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (                      )科								
	フリガナ					国籍 (外国籍の方のみ)									
	氏名				性別			生年月日					歳		
	住所	〒													
	携帯電話					固定電話									
緊急連絡先	フリガナ氏名				続柄			電話							
※保険証等の写しを添付していただいた場合は、記載不要です。															
保険情報	主保険	<input type="radio"/> 社保 <input type="radio"/> 生保 <input type="radio"/> 労(公)災 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 後期 <input type="radio"/> 自賠責 <input type="radio"/> その他			保険者番号			記号			番号				
					資格取得日				本家区分	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族					
	公費①	保険者番号			記号			番号							
公費②	保険者番号			記号			番号								
受診予定日 (希望日)	①	月	日 (                      )	②	月	日 (                      )	③	月	日 (                      )						
医師の指定	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 →(                      )医師				備考										

#### FAX申込書の流れ

FAX診療申込書(様式1-1.1-2)と診療情報提供書をFAX送信して下さい。



FAX到着後、15分以内に受診日・予約時間が記載された「予約確認票」を送付しますので、患者さんにお渡し下さい。(確認に時間を要する場合があります。)

#### 患者さんが持参するもの

- ・予約確認票
- ・診療情報提供書(紹介状)の原本  
(事前到着をお願いしている診療科があります。詳しくは、様式1-2をご確認ください。)
- ・マイナンバーカード(マイナ保険証の方)
- ・保険証等(限度額適用認定証等の医療費助成に関わるもの)

受診予定科へチェックをお願いいたします。

患者氏名	様
------	---

★ は、診療科に確認の上で予約日時が決定になるため、「予約確認票」は翌日以降での返信となります。

太枠の診療科は、診療情報提供書・検査データ(画像を含む)等を 受診予定日の3日前(土・日・祝を除く)までに送付して下さい 送り先 〒036-8563 弘前市本町53番地 弘前大学医学部附属病院 総合患者支援センター 外来予約支援部門						
受診 予定科	診療科名(新患診療日)		受診 予定科	診療科名(新患診療日)		
<input type="checkbox"/>	整 形 外 科	整形外科一般(月・水・金)	<input type="checkbox"/>	循環器内科(火・金)		
<input type="checkbox"/>		スポーツ外来(月PM・木AM,PM)	<input type="checkbox"/>	腎臓内科 (火・金)		
<input type="checkbox"/>		脊椎(火AM・水AM)	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科/感染症科(火・金)		
<input type="checkbox"/>		関節(火AM・金AM)	<input type="checkbox"/>	外 心 呼 吸 器 血 管 ・	呼吸器外科(火) ※4	
<input type="checkbox"/>		★ 腫瘍(火PM)	<input type="checkbox"/>		心臓血管外科(火・木・金)	
<input type="checkbox"/>		手・外傷再建(月AM・火PM) ※5	<input type="checkbox"/>	消 化 器 内 科 ・ 免 疫 内 科	消化管(月・木)	
<input type="checkbox"/>		リウマチ(水AM)	<input type="checkbox"/>		★ 血液疾患全般(月・木)	
<input type="checkbox"/>		側弯症(金AM)	<input type="checkbox"/>		★ 悪性リンパ腫(月・木)	
<input type="checkbox"/>		★ 小児整形外科(第1・3・5金PM)	<input type="checkbox"/>		肝胆膵(月・木)	
<input type="checkbox"/>		PRP(金PM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病・炎症性腸疾患(月・木)	
<input type="checkbox"/>	★ がん口コモ(月・火・水・金AM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器癌化学療法(月・木)		
<input type="checkbox"/>	泌尿器科(月～金)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心療内科 ※2		
<input type="checkbox"/>	消化器外科(月・水)	<input type="checkbox"/>				

受診 予定科	診療科名(新患診療日)		受診 予定科	診療科名(新患診療日)	
<input type="checkbox"/>	▲放射線治療科(月・火・水)	部位	<input type="checkbox"/>	腫 瘍 内 科	▲がんゲノム(火・水・木)
<input type="checkbox"/>	▲放射線診断科 IVR(月～金)	部位	<input type="checkbox"/>		▲固形腫瘍(金)
TEL:0172-39-5280(IVRを除く)			TEL:0172-39-5378		
▲は、診療科へお電話でご予約した上で、FAX送信をお願いします。					
<input type="checkbox"/>	内分泌内科/糖尿病代謝内科(月・水)		<input type="checkbox"/>	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科	リハビリテーション科(月～金)
<input type="checkbox"/>	精 神 科	★ 6歳～15歳(月・金) ※1	<input type="checkbox"/>		女性アスリート(金) ※3
<input type="checkbox"/>		★ 大人 (月・水・金) ※1	<input type="checkbox"/>	皮 膚 科	皮膚科(月～金)
<input type="checkbox"/>		★ 就学前児童 発達外来(木) ※1	<input type="checkbox"/>		遺伝性皮膚疾患(木)
<input type="checkbox"/>		★ クロザリル外来(月) ※1	<input type="checkbox"/>	レーザー(血管腫)(火)	
<input type="checkbox"/>	小 児 科	神経(月)	<input type="checkbox"/>	産 科 婦 人 科	一般外来(月・木)
<input type="checkbox"/>		腎臓、膠原病、アレルギー(火)	<input type="checkbox"/>		不妊(火)
<input type="checkbox"/>		血液、造血幹細胞移植(水)	<input type="checkbox"/>		産科(月・木・金)
<input type="checkbox"/>		心臓(木)	<input type="checkbox"/>	★ がん生殖外来(月・火・木・金)	
<input type="checkbox"/>		内分泌代謝(金)	<input type="checkbox"/>	NIPT外来(金) ※6	
<input type="checkbox"/>	★ 長期フォローアップ(金)	<input type="checkbox"/>	麻 酔 科 ・ 漢 方 科	麻酔科(月・火・木・金)	
<input type="checkbox"/>	★ 乳腺外科・甲状腺外科	<input type="checkbox"/>		漢方外来(水)	
<input type="checkbox"/>	★ 眼科(火・金)	<input type="checkbox"/>	外 脳 神 経	脳神経外科(月・金) ※4	
<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科頭頸部外科(月・水・金)	<input type="checkbox"/>		頭痛外来(月・金)	
<input type="checkbox"/>	小児外科(月・火・水・木)	<input type="checkbox"/>	形 成 外 科	一般外来(月・水・金)	
<input type="checkbox"/>	脳神経内科(火・木)	<input type="checkbox"/>		乳房再建外来(金)	
<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科(月～金)	<input type="checkbox"/>	★ 総合診療部(月～金)		

- ※1 問診票も合わせてお送りください。
- ※2 FAX送信の上、火・水の13:00～15:00に診療科へご連絡下さい。 TEL:0172-33-5111(代表)
- ※3 申込時、受診番号をご案内します。予約日の2日前までに患者様が予診票の入力をお願いします。
- ※4 受診時、家族の同伴(受診も含む)が必要です。
- ※5 外傷再建は、診療科に確認の上で予約日時が決定になるため、「予約確認票」は翌日以降での返信となります。
- ※6 NIPT専用の診療情報提供書に必要事項をご記入の上、申込をお願いします。