

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	受診時の状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院・入所中 (患者受診) ☐ 入院・入所中 (家族受診) 自費 1 0 割負担						当院受診歴	☐ 無 ☐ 有						
	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	☐ 社保 ☐ 生保 ☐ 労(公)災 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 自賠責 ☐ その他				保険者 番号			記 号			番 号			
						資格取得日					本家区分	☐ 本人 ☐ 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		☐ 無 ☐ 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)		
☐	整 形 外 科	整形外科一般(月・水・金)		☐	循環器内科(火・金)		
☐		スポーツ外来(月PM・木AM,PM)		☐	腎臓内科 (火・金)		
☐		脊椎(火AM・水AM)		☐	呼吸器内科/感染症科(火・金)		
☐		関節(火AM・金AM)		☐	外 心 呼 吸 器 内 科 ・ 免 疫 内 科	呼吸器外科(火) ※4	
☐		★ 腫瘍(火PM)		心臓血管外科(火・金)			
☐		手・外傷再建(月AM・火PM) ※5		☐	消化管(月・木)		
☐		リウマチ(水AM)		☐	★ 血液疾患全般(月・木)		
☐		側弯症(金AM)		☐	★ 悪性リンパ腫(月・木)		
☐		★ 小児整形外科(第1・3・5金PM)		☐	肝胆膵(月・木)		
☐		PRP(金PM)		☐	膠原病・炎症性腸疾患(月・木)		
☐	★ がん口コモ(月・火・水・金AM)		☐	消化器癌化学療法(月・木)			
☐	泌尿器科(月～金)			☐	心療内科 ※2		
☐	消化器外科(月・水)						

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)		
☐	▲放射線治療科(月・火・水)	部位		☐	腫 瘍 内 科	▲がんゲノム(火・水・木)	
☐	▲放射線診断科 IVR(月～金)	部位		▲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。							
☐	内分泌内科/糖尿病代謝内科(月・水)			☐	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科	リハビリテーション科(月～金)	
☐	精 神 科	★ 6歳～15歳(月・金) ※1		☐		女性アスリート(金) ※3	
☐		★ 大人 (月・水・金) ※1		☐	皮 膚 科	皮膚科(月～金)	
☐		★ 就学前児童 発達外来(木) ※1		遺伝性皮膚疾患(木)			
☐		★ クロザリル外来(月) ※1		レーザー(血管腫)(火)			
☐	小 児 科	神経(月)		☐	産 科 婦 人 科	一般外来(月・木)	
☐		腎臓、膠原病、アレルギー(火)		不妊(火)			
☐		血液、造血幹細胞移植(水)		産科(月・木・金)			
☐		心臓(木)		★ がん生殖外来(月・火・木・金)			
☐		内分泌代謝(金)		NIPT外来(金) ※6			
☐	★ 長期フォローアップ(金)			☐	麻 酔 科 ・ 麻 中 治 療 科	★ 麻酔科(月・火・木・金)	
☐	★ 乳腺外科・甲状腺外科			漢方外来(水)			
☐	★ 眼科			☐	外 脳 科 神 経	脳神経外科(月・金) ※4	
☐	耳鼻咽喉科頭頸部外科(月・水・金)			頭痛外来(月・金)			
☐	小児外科(月・火・水・木)			☐	形 成 外 科	一般外来(月・水・金)	
☐	脳神経内科(火・木)			乳房再建外来(金)			
☐	歯科口腔外科(月～金)			☐	★ 総合診療部(月・火・木・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。